

JUN 28 1921

VI^e Série. — Tome II.

Medical Lib

N^o 4

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

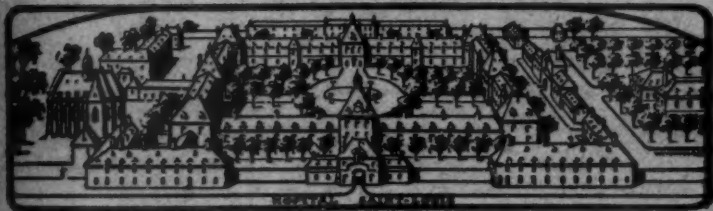
SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROcq (Paris). — J. DARIER (Paris).
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSÉLME (Paris).
J. NICOLAS (Lyon). — R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris)

et P. RAVAUT (Paris)

RÉDACTEUR EN CHEF



MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr Paul RAVAUT, Rédacteur en chef
17, rue Ballu, Paris IX^e. (Téléph. : Gutenberg 04.92).

Prix de l'abonnement pour 1921 (12 numéros à paraître)

France : 40 fr. ; Étranger : 45 fr.

Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.

L'abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit du Bulletin de la Société de Dermatologie

SAPO-CRÈME

CRÈME DE SAPOLAN

rafraîchissante antiprurigineuse

50 O/O d'hydrolats

SAPO-CADE

Huile de cade vraie.

Sapolan. Ichtyol.
Séborrhées, Impétigo.
Psoriasis, Prurits,
Eczémas,
Lichens.

SAPOLAN NOIR ou BLANC
SPÉCIFIQUE DES PRURITS-ECZÉMAS, ETC.
S'emploie pur, ou comme excipient en pommades ou onguents

SAVON

POUDRE

LAIT 90 O/O

Adoucissant - Rougeurs
Gerçures - Crevasses

GAZE au SAPO-CRÈME

Pansement aseptique — cicatrisant
n'adhère pas à la peau.

Prescrit avec succès par les Professeurs Mérieux,
Spiegel, Krelbich, Kaposi, Lassar, Unna
et dans les hôpitaux de Paris, St-Louis, Broca et de Province.

ÉCHANTILLONS. VENTE EN GROS. CORRESPONDANCE : CAVAILLÈS

34, rue de TURIN, à PARIS. Tél. : Louvre 19-63

Détail : Pharmacie, 9, rue du 4 Septembre, Paris et Phila.

PHOSPHOGENE DE L. PACHAUT

Réalisation de la forme la plus efficace de la Médication Phosphorée : Épilepsie, Fatigue du
Système nerveux, Anémie. — Un cachet à déjeuner et à dîner. — 120, Boulevard Haussmann, Paris.

VALERIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement absorbée par les Malades.
DE 1 A 4 GOUTTES À CHAQUE PRISE. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

sur le

et de

AVON
ORE

/16m
gours
ases

ME
risent

est,

ouins

LÉS
3
thie

IT

de la
Puis

IT

de la
Puis

de
l'a
ra
ca
ra
at
fr
ca
to
d'
év

en
6
to

à
pl

Re
au
ma
qu
se
sa

Pa
sén

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ARSÉNOBENZOLIDES

PEMPHIGUS FOLIACÉ D'ORIGINE ARSÉNOBENZOLIQUE

Par MM. J. NICOLAS et G. MASSIA

On a décrit parmi les accidents cutanés dus à l'administration des arsénobenzols un grand nombre de formes. Nous attirons ici l'attention sur un accident de cet ordre qui nous a semblé des plus rares, le pemphigus foliacé, dont nous avons pu observer trois cas à la clinique de l'Antiquaille. Le premier de ces cas a été rapporté dans la thèse de Greenberg (Lyon, 1916). Les deux autres ont été observés en 1919. Ces cas nous semblent assez peu fréquents pour mériter d'être connus. Signalons aussi quelques cas rapportés dans la thèse récente de Boutelier (1), qui donne toute la documentation actuelle sur ce point. Nous donnerons d'abord les observations des trois malades que nous avons vu évoluer à la clinique de l'Antiquaille.

OBSERVATION I (Thèse de Greenberg). — Mme F. M..., 33 ans, entre à la clinique dermatologique de M. le professeur Nicolas le 6 mars 1916, pour une éruption à type de pemphigus foliacé datant de 10 jours environ.

Rien de spécial à noter dans ses antécédents héréditaires. Père mort à 50 ans, de cirrhose atrophique; mère morte à 66 ans d'une hémiplegie. La malade n'a eu ni frère ni sœur.

Antécédents personnels. — Pas de maladie grave dans l'enfance. Réglée à 12 ans, régulièrement depuis. Excellente santé habituelle; aucune maladie grave jusqu'à son mariage à l'âge de 24 ans. Son mari, revenu d'Algérie, semble être syphilitique depuis deux ans, bien qu'il déclare n'avoir jamais eu ni chancres ni autre accident. Il présentait en effet des céphalées violentes surtout nocturnes, qui paraissaient bien être d'origine spécifique. Cette hypothèse paraît du moins

(1) A. BOUTELIER. *Les accidents cutanés des arsénobenzènes*, Thèse Paris, 1920; J. DEBON. *Contribution à l'étude des accidents cutanés de l'arsénothérapie*, Thèse Paris, 1920.

nettement confirmée par les accidents successifs présentés par la malade depuis son mariage.

Mariée en juillet 1907, elle a en septembre une fausse couche spontanée d'un mois et demi.

Deuxième grossesse en 1913; au cours de celle-ci la malade eut une éruption papuleuse généralisée, non prurigineuse, qui a disparu spontanément au bout d'un mois. Le 7 septembre 1913, accouchement à terme de deux jumeaux, l'un macéré dont la mort semble remonter à deux mois, l'autre mort depuis 5 jours sans lésion syphilitique apparente sur le corps.

Nouvelle grossesse en 1914. Au quatrième mois de celle-ci apparition en octobre d'ulcérations de couleur foncée, peu profondes avec des bords taillés à pic et recouvertes de croûtes adhérentes. Ces ulcérations au nombre de six, siègent l'une à la pointe de l'omoplate gauche, les autres aux membres. Un médecin fait le diagnostic de syphilides secondaires et institue un traitement mercuriel.

Pendant deux mois, la malade reçoit ainsi, sans que son éruption soit modifiée en rien par ce traitement, des injections d'huile grise (X gouttes).

Puis la malade refuse une nouvelle série, attendant la fin de sa grossesse pour venir consulter à Lyon. Le 28 février 1915, elle accouche à terme d'un garçon vivant, ne présentant aucune lésion cutanée mais débile et ne pesant que 2.300 grammes. Cet enfant meurt 9 jours après.

Au mois d'août 1915, les lésions cutanées persistent encore, et un médecin consulté, impressionné par l'inefficacité du traitement mercuriel pense à des lésions tuberculeuses, et ordonne à la malade des reconstituants généraux (liqueur de Fowler, huile de foie de morue, suralimentation). En janvier 1916, ce traitement n'ayant amené aucune amélioration, la malade est alors adressée à M. le professeur Nicolas qui confirme le premier diagnostic de syphilides secondaires et institue le traitement suivant :

12 janvier 1916, 0 g. 30 de novarsénobenzol Billon;

19 janvier 1916, 0 g. 45 de novarsénobenzol;

26 janvier, 0 g. 60 de novarsénobenzol;

3 février, 0 g. 75 de novarsénobenzol;

9 février, 0 g. 90, de novarsénobenzol.

Dès la deuxième injection, disparition complète de tous les accidents cutanés. Toutes ces injections sont très bien supportées, même la dernière de 0 g. 90; elles n'occasionnent aucun malaise à la malade mais lui procurent, au contraire, une amélioration très nette dans son état général. Elle rentre chez elle en excellente santé.

Le 25 février 1916, c'est-à-dire 16 jours après la dernière injection, la malade remarque sur la face dorsale des mains et des pieds, ainsi que dans les espaces interdigitaux, un grand nombre de petits éléments papuleux, érythémateux, infiltrés dans le derme et non prurigineux.

Ces manifestations cutanées ne se sont accompagnées d'aucun trou-

ble de l'état général, d'aucun malaise et d'aucune élévation thermique. La malade ne s'inquiète pas, et prend un bain sulfureux sans résultat.

Puis, 6 jours après, sentant une lassitude générale elle s'alite. Le lendemain, 3 mars 1916, généralisation d'un sel jet, de l'éruption à tout le corps; les papules se réunissent formant une base infiltrée, rouge, sur laquelle s'élèvent des vésicules isolées par place, confluentes en d'autres points où elles forment des bulles et des phlyctènes. Leurs parois fragiles se rompent, amenant un suintement abondant. La face est envahie en dernier lieu, jusqu'à la bordure du cuir chevelu. Les membres et le visage sont œdématisés.

La malade entre à l'hôpital le 6 mars 1916, 10 jours après le début de l'affection.

A l'entrée, éruption pemphigoïde intense et généralisée. Température 38°. Urines : ni sucre ni albumine. L'éruption a gagné tout le corps; elle a l'aspect d'une érythrodermie généralisée suintante et exfoliante.

Au visage, décollement de l'épiderme avec quelques phlyctènes affaissées, sèches par endroits, suintantes en d'autres places; le derme sous-jacent est rouge, la peau un peu œdématisée. Le cuir chevelu est respecté; les cheveux sont seulement raréfiés et on note un certain degré de *pityriasis simplex*. La muqueuse buccale n'est pas envahie.

Au niveau du tronc les lésions sont surtout intenses au-dessous de l'ombilic. On observe des bulles sur tous les points du corps, quelques-unes en formation, la plupart sont déjà rompues. Leur paroi est plissée par endroits, le suintement très abondant. Les vésicules laissent couler une sérosité légèrement purulente et fétide. En d'autres points, il y a des squames sèches, fines et lamelleuses, d'aspect feuilleté. Le derme est d'un rouge plus ou moins vif.

Cette éruption est à peu près la même sur le dos et sur la face antérieure du corps.

Les régions fessière et périnéale sont atteintes.

Au niveau des membres, les lésions sont très intenses, surtout aux avant-bras, aux jambes, aux mains et aux pieds. En ces deux derniers points, à la paume de la main et à la plante des pieds, on note un soulèvement épidermique total, formant une vaste phlyctène remplie d'un liquide séro-purulent très fétide. Il y a une véritable macération de la peau. Les ongles ne sont atteints ni aux mains ni aux pieds.

La malade ne présentait aucune lésion des muqueuses; les phénomènes subjectifs étaient insignifiants sinon nuls. Assez bon état général. Rien au cœur ni aux poumons. On note seulement une légère hyperthermie oscillant entre 37° et 38°5. Pas de perte de l'appétit, pas d'amaigrissement, pas de troubles digestifs ni urinaires. Il n'existe pas de troubles nerveux, ni objectifs, ni subjectifs; les forces sont conservées.

Enfin notons que pendant toute l'évolution aucun symptôme de syphilis ne s'est manifesté.

Dès l'entrée, on fit une désinfection des lésions en ouvrant les phlyctènes et en faisant évacuer la sérosité purulente. Puis on fit un enveloppement au liniment oléo-calcaire, un nettoyage du cuir chevelu avec onction à l'huile de cade, dans le but de prévenir son envahissement.

La malade est soumise à un régime sévère de désintoxication (régime lacté absolu, purgations légères répétées, antiseptiques intestinaux).

12 mars 1916. — Au bout de 6 jours de traitement, amélioration manifeste, le suintement diminue notablement, ainsi que la desquamation. Le derme est moins œdématié.

16 mars. — L'amélioration progresse. Le visage est guéri.

20 mars. — Il survient une poussée de pyodermites aux mains, aux pieds et aux jambes. Application de pommade à l'oxyde jaune de Hg. très faible (1/200).

25 mars. — La poussée de pyodermites est guérie, l'amélioration continue.

7 avril. — La malade quitte le service complètement guérie.

OBSERVATION II. — R. Vve B.. Entre le 6 octobre 1919, pour une éruption généralisée. A l'examen, roséole maculeuse, et lésions papuleuses généralisées très abondantes; la face présente des lésions nombreuses. Syphilides palmaires très nettes. Accident primitif passé inaperçu. Accidents muqueux buccaux et vulvaires.

Syphilis secondaire en pleine évolution.

Du 7 octobre au 4 novembre, reçoit 5 injections de novarsénobenzol de 0 g. 15, 0 g. 30, 0 g. 45, 0 g. 60, 0 g. 60, bien supportées. La malade sort le 6 novembre 1919. Les accidents syphilitiques ont disparu.

19 novembre 1920. — La malade se présente à la consultation pour une éruption presque généralisée, très prurigineuse. A l'examen, la malade présente une rougeur assez marquée avec un certain degré d'infiltration de la peau. Le cou et la face, les bras et les jambes surtout au niveau des plis, les plis inguinaux, les aisselles présentent des lésions marquées. Sur le tronc, il y a entre de vastes placards rouge foncé des intervalles de peau saine.

En examinant de près les lésions des plis, du cou et de la face, on voit qu'il existe un grand nombre de petites élevures; dont la plupart contiennent du liquide; certaines de ces vésicules sont déjà purulentes. Les lésions sont très eczématiformes au niveau du cou et des poignets.

1^{er} décembre. — La malade a été hospitalisée, et les lésions se sont complètement généralisées; elles ont gardé le caractère vésiculeux d'abord, puis bientôt s'est installé un pemphigus foliacé véritable, avec une desquamation considérable, et un suintement marqué sur toute l'étendue du tégument cutané.

En même temps, le 29 novembre s'installait assez brusquement, et avec de vives douleurs une plaque de gangrène des orteils du pied

droit : toute l'extrémité du pied et une partie du bord externe présente une plaque livide, violacée. Elle devient noire, peu à peu, et en quelques jours aboutit à une nécrose sèche, noire des orteils et du pied. Cette nécrose remonte presque jusqu'à la malléole. On ne sent pas l'artère poplitée. Il se fait peu à peu un sillon d'élimination. Douleurs très vives.

L'état général est assez mauvais, la malade ne veut presque rien prendre.

27 décembre 1920. — Le syndrome de pemphigus foliacé qui a duré pendant le mois de décembre régresse actuellement petit à petit. La face en particulier reprend son aspect normal, l'infiltration disparaît, ainsi que l'aspect boursoufflé ; il persiste de la desquamation sur les mains, les bras, les pieds ; le suintement est à peu près terminé.

Au niveau du pied, la gangrène est très nettement limitée par un sillon d'élimination ; les douleurs persistent ; des douleurs vives de jambe droite font penser à une artérite de cette région.

L'état général est de plus en plus précaire.

Pas d'albumine à aucun moment.

Le décès survient le 23 janvier 1920. Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION III. — D... Pierre, 59 ans. Syphilis remontant à l'âge de 20 ans, n'a jamais eu de traitement pour cette affection. Se présente pour des lésions du gland remontant à deux ans environ, 14 avril 1919.

A l'examen, l'affection se présente sous forme de productions superficielles blanches, hyperkératosiques, un peu végétantes, siégeant sur la partie interne du prépuce et sur le gland ; surtout marquées à la partie inférieure, dans la région du filet. Une plaque un peu exubérante dans la rainure balano-préputiale en avant. Enfin des plaques blanchâtres, moins marquées sur la surface du gland. La plaque principale, au niveau du filet est assez végétante, et à son centre il existe une petite ulcération rouge peu suintante, indolore ; elle ne semble pas autre chose qu'une érosion de la couche hyperkératosique.

Le malade présente en outre un tabes typique, bien qu'il ne lui apporte pas une gêne considérable. Pupilles ponctiformes avec signe d'Argyll-Robertson. Abolition des réflexes rotuliens. Le malade présente quelques troubles centraux (vertiges), atrophie considérable de l'éminence thénar.

Présente en outre une affection nasale qu'il qualifie d'ozène ; il s'agit vraisemblablement de lésions spécifiques tertiaires, qui ont détruit en partie le squelette nasal. Pas d'albumine

Le malade reçoit 5 injections de novarsénobenzol, 0 g. 15, 0 gr. 30 0 g. 45, 0 g. 60, 0 g. 60 du 15 avril au 10 mai.

Il sort assez nettement amélioré pour les ulcérations du gland. Tabes et hyperkératose non modifiés.

30 septembre 1919. — Le malade entre de nouveau pour les mêmes lésions assez peu modifiées.

Ne présente rien de particulier. Pas d'albumine urinaire.

Il est remis au traitement par le novarsénobenzol.

1^{er} octobre; novarsénobenzol 0 g. 15; 7 octobre 0 g. 30; 14 octobre, 0 g. 45.

Entre le 7 et le 14, le malade présente un certain degré de prurit, et se fit donner plusieurs bains sulfureux de suite par l'infirmier; vu à ce moment, il présentait de la rougeur des téguments, avec fine desquamation, au niveau des plis, et prurit : la lésion ressemblait tout à fait à la dermite sulfureuse.

La troisième injection de novarsénobenzol à 0 g. 45 fut pratiquée.

Quelques jours après l'injection, les phénomènes dermiques s'étendirent rapidement : prurit, rougeur et infiltration dermique limités auparavant, s'étendent à toute l'étendue du tégument; la face est tuméfiée; une desquamation considérable s'installe; en même temps, des lésions vésiculeuses apparaissent : au cou, bras, poignets surtout, et même un peu à la face; les jambes assez oedématisées présentent quelques bulles et donnent un suintement marqué.

Peu de jours après, on a l'aspect du pemphigus foliacé, mais surtout marqué aux membres, à la face et au cou; le tronc n'a jamais été très suintant.

29 octobre 1919. — Avec un état général très grave, on constate des signes de néphrite aiguë : urines très rares, rouges, très albumineuses. Phénomènes pulmonaires d'œdème. Ventouses, régime, traitement approprié.

Au bout de quelques jours, les phénomènes très graves s'améliorent; peu à peu l'état général redevient meilleur, l'albumine diminue dans les urines.

Parallèlement, les phénomènes cutanés vont aussi en s'améliorant; le suintement a diminué et a disparu le premier, n'ayant en somme duré que quelques jours. L'érythrodermie pâlit à son tour et la desquamation diminue peu à peu.

Le 29 octobre, le malade est très amélioré; enfin, il peut sortir complètement guéri le 12 novembre 1919.

Parmi les éruptions dues à l'administration des arsénobenzols, les lésions humides sont assez fréquentes; de même les lésions généralisées ne sont pas bien rares; mais il s'agit le plus souvent de véritables érythrodermies exfoliantes, avec rougeur et desquamation, parfois avec un certain degré de suintement surtout au niveau des plis; si on peut trouver des vésicules en ces points, il n'y a pas de véritables bulles, ni cet aspect très spécial du pemphigus foliacé; les observations que nous apportons diffèrent de ces cas d'érythrodermies exfoliantes et ne peuvent être classées que dans les pemphigus foliacés.

Au point de vue de l'époque d'apparition, l'éruption est tou-

jours survenue après un certain nombre d'injections de novarsé-nobenzol Billon :

Observation I. — 16 jours après la cinquième injection, première série ;

Observation II. — 12 jours après la cinquième injection, première série ;

Observation III. — 2 ou 3 jours après la troisième injection, deuxième série.

Chez tous ces malades il y avait donc eu une absorption assez marquée de médicament ; cependant les doses ont été plutôt faibles dans les observations II et III, où elles n'ont pas dépassé 0 g. 60 et 0 g. 45 ; dans l'observation I on était monté à 0 g. 90.

Le pemphigus foliacé semble donc survenir après un certain nombre d'injections ; il apparaît le plus souvent quelques jours après la dernière, 12 à 16 jours environ, et semble débiter par un simple érythème, qui s'étend peu à peu, devient de plus en plus infiltré, et squameux ; puis surviennent des lésions humides, d'abord vésicules, puis bulles, qui se rompent sitôt formées, pour constituer le tableau du pemphigus foliacé ordinaire. Ajoutons que l'on peut constater comme dans l'observation III un érythème légèrement squameux, siégeant surtout aux plis, et au cou, plus ou moins prurigineux, qui survenant au cours de l'administration des arsénobenzols, doit être considéré comme un véritable érythème d'alarme, et engager le médecin à une grande prudence thérapeutique.

L'affection semble donc s'installer progressivement, mais évolue assez vite et en quelques jours le tableau symptomatique est constitué. Nous insisterons peu sur la symptomatologie qui ne diffère guère de celle du pemphigus foliacé habituellement observé. Les bulles se forment très rapidement, et plus ou moins abondamment, mais leur fragilité amène leur rupture presque immédiate, laissant au-dessous une surface rouge et humide, alors que les parois forment les squames extrêmement abondantes bien connues dans cette affection. Le derme est très œdématisé, épaissi ; dans l'observation I, nous devons signaler un état particulier du derme, assez semblable à la description de Quinquaud.

Il s'agit d'un état grenu, papillomateux, avec exagération des plis normaux de la peau, et de nombreuses granulations kératodermiques en desquamation légère, furfuracée. La localisation de cet

état particulier siège surtout aux plis, à la région cervicale, à la région antibrachiale, à la face palmaire des doigts et de la main, à la région fessière et aux cuisses. Cet état était moins marqué dans les observations II et III ; ces lésions seraient rares d'ailleurs d'après Quinquaud qui les a décrites dans le pemphigus foliacé ; mais elles sont intéressantes ici, car Besnier les avait rapprochées des lésions consécutives à l'arsenicisme.

Les squames sont toujours très abondantes, et sont surtout la caractéristique de l'affection. Elles sont le plus souvent lamelleuses, plus ou moins humides ; le suintement nous a semblé toujours notablement abondant, formant avec les squames un magma jaunâtre plus ou moins fétide.

Nous signalerons l'absence de lésions aux muqueuses, au cuir chevelu, et aux phanères ; les lésions des phanères sont en effet fréquentes dans le pemphigus foliacé ; si elles manquent ici, la cause en est sans doute dans la rapidité d'évolution de l'affection.

Quant aux phénomènes subjectifs, ils sont peu importants en général ; un prurit assez marqué est à signaler dans l'observation III.

Les phénomènes généraux nous ont semblé très variables ; la température n'est pas très élevée, de 37°5 à 38°5 ; pas de lésions notable des organes internes, sauf dans un cas (néphrite). Enfin un état de prostration assez marquée se montre pendant la première partie de l'évolution, avec parfois du délire, toujours de l'anorexie, sans vomissement, sans d'autres troubles digestifs.

Nous n'avons pas noté la sensibilité au froid si particulière d'habitude aux malades de cet ordre. Malgré tout, il y avait donc un état général assez grave du moins au moment où s'installait l'éruption.

Nous devons noter, dans l'observation III des signes de néphrite aiguë grave qui s'installèrent quelques jours après le début du pemphigus : albuminurie abondante avec urines rares et bouillon de bœuf ; état général très grave avec ascension thermique, et même un certain degré d'œdème pulmonaire. Au bout de quelques jours l'état s'améliora et tout rentra dans l'ordre. Nous signalons ce fait qui est assez rarement décrit dans les lésions cutanées dues aux arsénobenzols, et qui peut être un argument pour l'origine toxique de ces affections, au moins dans les cas qui nous occupent.

L'évolution nous a semblé présenter des caractères assez spéciaux, contrairement à la symptomatologie. Alors que dans le pemphigus foliacé habituellement observé, la durée se chiffre par plusieurs mois, même des années ; alors que l'affection est des plus graves et a très souvent une terminaison fatale ; au contraire dans la forme que nous signalons l'évolution est plus brève, et la guérison des lésions cutanées est la règle. En effet, le pemphigus foliacé post-arsénobenzolique après s'être installé en quelques jours avec tous ses symptômes persiste pendant un mois ou deux d'après nos observations ; encore dans les dernières semaines voit-on les lésions s'assécher, l'œdème diminuer et la desquamation en vastes lambeaux se transformer peu à peu en une desquamation furfuracée. Puis la peau garde encore un peu de rougeur et tout finit par rentrer dans l'ordre. La présence de complications qui nous semblent assez redoutables, si elle assombrit le pronostic, n'empêche pas la dermatose de s'améliorer ; les observations II et III le montrent. En particulier dans l'observation II la malade a succombé alors que sa dermatose était à peu près guérie. Nous attirons également l'attention sur le genre de complication qu'elle a présenté, nous voulons parler de la gangrène par artérite à laquelle elle a fini par succomber. Nous n'avons pas connaissance de cas semblable comme accident post-arsénobenzolique. Mais nous ne pouvons affirmer qu'il s'agit là d'une artérite d'origine arsenicale. L'âge de la malade peut être mis en cause avec autant de vraisemblance ; quant à la syphilis nous pensons qu'elle est trop récente pour l'incriminer : en effet, cette malade était en pleine syphilis secondaire quand elle a été traitée. Diabète et mal de Bright étant éliminés, il nous semble difficile de déterminer avec certitude l'étiologie de cette gangrène par artérite ; mais malgré tout on doit penser à l'intoxication arsenicale, et nous devons rapprocher de ce fait d'artérite le cas de Syndrome de Raynaud avec gangrène symétrique des extrémités d'origine novarsénobenzolique que nous avons décrit avec M. Dupasquier dans ces *Annales*.

Quoi qu'il en soit, le pemphigus foliacé d'origine arsénobenzolique est moins grave comme dermatose, que la forme classique de cette maladie ; son évolution est également bien plus courte. D'ailleurs c'est un fait déjà signalé pour les autres complications cutanées d'origine arsénobenzolique, les érythrodermies par exemple. C'est là un point assez particulier qui mérite d'être

noté. Il faut dire aussi que la cause étant supprimée, on ne doit pas s'étonner de voir guérir l'affection : au contraire, dans le pemphigus foliacé habituel, nous ne pouvons pas supprimer une cause qui nous échappe la plupart du temps.

Pouvons-nous maintenant essayer d'expliquer cet accident ? Nous ne voulons pas nous étendre sur la pathogénie des accidents cutanés arsénobenzoliques que les auteurs comprennent très différemment. Il nous semble en tout cas que l'on peut éliminer ici sans conteste l'anaphylaxie ; l'apparition tardive, et même, irrégulière des accidents, le nombre des injections arsenicales, en dehors d'autres arguments ne peuvent permettre de songer à cette pathogénie.

De même nous ne pouvons penser au réveil d'une infection latente, comme M. Milian en a rapporté quelques cas.

Le pemphigus foliacé ne peut guère en effet rentrer dans ce cadre suivant nous. Nous pensons qu'il s'agit là d'une intoxication arsenicale vraie. Le malade de l'observation III nous semble très démonstratif à cet égard : après la deuxième injection un érythème léger survient, signe d'un certain degré d'intolérance ; puis après la troisième injection s'installent les lésions plus graves du pemphigus foliacé. Il semble bien que les lésions s'accroissent parallèlement à l'administration du médicament. La néphrite elle-même a peut-être été elle aussi un signe d'intolérance. Enfin l'amélioration des accidents par cessation de l'arsénobenzol est un argument à signaler, bien que n'ayant qu'une valeur relative. Disons aussi que les éruptions de cet ordre ont été signalées dans l'intoxication par l'arsenic.

Quant à la cause réelle, elle nous échappe.

Pourquoi chez ces malades y a-t-il intolérance ? Pourquoi cette intoxication se manifeste-t-elle par des symptômes cutanés ? Ces questions se posent pour tous les accidents cutanés ou autres des arsénobenzols ; et la réponse n'est pas univoque pour tous les auteurs.

L'idiosyncrasie n'explique rien : l'anaphylaxie ne peut s'appliquer à ces cas ; la théorie du réveil d'infections latentes par le choc arsénobenzolique ne fait elle aussi que reculer un peu le problème. Il est plus vraisemblable de voir là une intoxication par accumulation du médicament, cette accumulation survenant par un mauvais fonctionnement des organes destinés à éliminer l'arsenic, en particulier du foie. Il nous est impossible d'être fixés

sur la valeur réelle de la cellule hépatique dans sa fonction antitoxique; nous ne pouvons donc pas prévoir d'avance dans nombre de cas le sort du médicament injecté. Peut-être ces accidents cutanés surviennent-ils chez des malades à foie insuffisant, la peau réagissant alors pour fixer l'arsenic et l'éliminer. Des dosages comparatifs de l'arsenic dans les squames pourraient peut-être nous fixer sur ce point. En tout cas nous n'envisageons ces données pathogéniques que comme des hypothèses, qui ne sont pas prouvées, mais simplement vraisemblables.

En résumé le pemphigus foliacé d'origine arsénobenzolique est une forme rare des arsénobenzolides. Il se développe rapidement à la suite d'injections de ce médicament, mais il a une évolution bien moins longue et un pronostic bien plus favorable que le pemphigus foliacé habituel; sa durée est de un à deux mois d'ordinaire.

Quant à sa pathogénie réelle elle nous est inconnue, nous ne pouvons formuler à ce sujet que des hypothèses: il semble que ce soit une forme d'intoxication arsenicale, dont la raison intime nous échappe. Le traitement de ces lésions cutanées sera surtout prophylactique. L'attention doit être soigneusement attirée au cours du traitement arsénobenzolique, sur la production d'érythèmes plus ou moins marqués, de lésions eczématiformes des plis, ou d'autres lésions cutanées; leur apparition sert de signal d'alarme, et doit faire cesser le traitement arsenical. La continuation du traitement exposerait à la production de lésions plus graves: pemphigus foliacé notamment, que l'on peut considérer comme la plus sérieuse des complications cutanées du traitement arsénobenzolique.

LA DOUCHE FILIFORME EN DERMATOLOGIE

Par MM.

VEYRIÈRES et FERREYROLLES

Médecins consultants à La Bourboule

Il y a quelque trente ans, l'un de nous (Veyrières) trouvant que la pulvérisation d'eau minérale était un procédé bien peu actif dans le traitement des dermatoses, a eu l'idée d'enlever de l'appareil la partie pulvérisateur pour n'en conserver que le jet; jet d'à peu près 2 millimètres de section avec 2 ou 3 kg. de pression. C'était le début de la douche filiforme; et le Dr Veyrières peut à bon droit réclamer l'absolue paternité de la méthode.

La douche filiforme est une douche à forte pression, puisque, suivant indications, on marche entre 3 et 7 kg.; à jet très mince, puisque celui qui est à employer presque toujours est celui d'un demi-millimètre de section.

Les jets en bronze ou en métal sous de telles pressions s'usent vite; il faut les remplacer dès que leur lumière devient irrégulière. Le mieux est de n'employer que des jets dont l'extrémité est faite d'agate, de rubis ou d'une autre pierre dure. Ces jets peuvent être considérés comme inusables.

A La Bourboule, station bien spécialisée pour le traitement des dermatoses, nos appareils sont branchés sur la canalisation d'eau minérale qui alimente les appareils à pulvérisation; la pression est obtenue par le jeu d'une pompe à eau à action directe. Pour éviter les variations de pression qui accompagneraient les coups de piston, une cloche à air interposée sur le circuit de refoulement fait fonction de régulateur de pression. Manomètres et thermomètres permettent de contrôler d'une manière continue température et pression.

L'appareil qu'on a bien voulu nous faire installer à Saint-Louis est constitué par un assez grand réservoir en cuivre, dans lequel on fait arriver l'eau qui s'est réchauffée à son passage dans un

chauffe-bain, et dans lequel on comprime un matelas d'air d'un volume au moins égal à celui de l'eau. Le compresseur d'air est mû par un petit moteur électrique ; le matelas d'air transmet et assure la régularité de la pression de l'eau. A ce réservoir sont adaptés : un niveau d'eau, un pyrétomètre, un manomètre, une soupape de sûreté, un robinet de vidange, et le robinet sur lequel se visse le tube de la douche. Des robinets sont placés sur les tuyaux d'arrivée de l'air et de l'eau.

Cette installation est une installation d'hôpital, permettant de faire un certain nombre d'applications de suite. La maison Quesnier a fabriqué pour quelques confrères des appareils beaucoup moins encombrants, plus simples, mais très suffisants pour une seule application. Dans ces appareils la pression est obtenue par l'emploi d'une bouteille à air comprimé du type Michelin munie d'un détendeur.

Primitivement nous avons pensé pouvoir avec des jets de sections différentes obtenir des résultats différents ; c'est peut-être vrai en partie, mais pratiquement nous nous sommes arrêtés au jet d'un demi-millimètre.

La température de l'eau ne doit jamais dépasser 35°, 33° semble préférable.

Le jet doit être tenu à 20 ou 25 centimètres de la surface d'application, et autant que possible perpendiculairement à cette surface. Il ne faut pas promener le jet sur la partie à traiter, mais doucher à fond successivement chaque point de sa surface. La durée de l'application varie suivant la nature de la lésion, le résultat cherché, la résistance des tissus, le résultat immédiatement obtenu ; c'est affaire d'expérience pratique.

Sans qu'on le recherche, on peut avoir quelques exulcérations, quelques petites phlyctènes ; surprises sans aucune importance.

INDICATIONS

L'expérience que depuis 1913 nous avons faite de la méthode nous permet de fixer un peu mieux les indications que nous l'avions fait à cette époque.

PRURITS LOCALISÉS

La douche filiforme est absolument le procédé de choix pour

la guérison très rapide de tous les prurits localisés, avec ou sans lichénisation. Quand nous disons guérison nous voulons dire guérison actuelle. Il est certain, que pas plus que les autres traitements locaux, la douche locale ne peut pas modifier l'état général, prévenir les récidives. Ce qu'elle pourrait faire, ce serait prévenir les lichénisations si elle était employée dès l'apparition du prurit.

NÉVRODERMITE CHRONIQUE CIRCONSCRITE

La lichénisation est presque toujours considérable ; elle nécessite des pressions fortes, de 4 à 6 kg., et on ne doit pas craindre d'avoir quelques exulcérations superficielles, même si elles doivent obliger à espacer un peu plus les séances. Dès les toutes premières le prurit cède ; ne reviendrait-il pas si on ne renouvelait pas les applications ? On est obligé de les renouveler au moins pour faire disparaître la lichénisation. Quand cette dernière est très considérable nous avons l'habitude de faire précéder la première séance par un badigeonnage à la lessive de soude suivi, aussitôt que la sensation de cuisson est un peu vive, d'un lavage à grande eau. Le ramollissement de l'épiderme favorise l'action de la douche au moins contre la lichénisation.

Le *prurit vulvaire* sans eczématisation, mais accompagné de lichénisation, doit être mis avec les névrodermites du tronc ; il cède comme elles, plus facilement ce nous semble, à la douche filiforme.

Cette dernière saison l'un de nous a vu être débarrassée de son prurit, dès la première séance, une malade qui le traînait depuis des années, quoiqu'elle fût très correctement, très classiquement soignée.

Parmi nos prurits vulvaires, deux semblaient bien être des kraurosis ; le résultat a été moins bon que dans les prurits d'autre origine, mais bon pourtant.

Le *prurit scrotal* nous avait paru céder moins vite que le prurit vulvaire ; nous venons d'avoir un succès complet et très rapide dans un cas très ancien ; mais au départ de La Bourboule, s'il n'était plus question de prurit, la lichénisation du scrotum était peu modifiée, à peine avions-nous plus de souplesse.

Nous avons eu à soigner cet été une jeune fille atteinte d'un prurit féroce depuis deux ans, avec sur les quatre membres de

très nombreuses papules grosses à peu près comme un pois. Elle nous avait été envoyée avec le diagnostic de prurigo *ferox*. En cinq ou six douches nous l'avons débarrassée complètement et de son prurit et de toutes les papules. Ce résultat inespéré, dans une affection si tenace qu'elle passe presque pour incurable, nous avait fait douter du diagnostic. Nous venons d'apprendre que le diagnostic de prurigo *ferox* est bien celui d'un de nos tout premiers dermatologistes. Mais nous avons en même temps, hélas, appris qu'au bout de six mois l'affection avait réapparu et que la malheureuse cliente attendait impatiemment le moment où elle pourrait retrouver la douche libératrice.

Les cas de *prurit anal* sont presque tous accompagnés de la présence d'hémorroïdes congestionnées sur lesquelles se sont faites des petites fissurettes, ou sont causés par la présence de vers intestinaux; on comprend que la douche filiforme n'ait rien à faire contre ces prurits-là. Une seule fois, en dehors de la présence d'hémorroïdes ou de vers intestinaux, nous avons soigné un prurit anal avec grosse lichénisation; nous avons été surpris de la résistance du tissu qui a pu bien supporter une pression de 6 kg.; le résultat a été satisfaisant, mais moins brillant que ceux que nous avons obtenus dans les prurits vulvaires.

Dans ces variétés de prurit localisé le prurit précède nettement la lichénisation que l'on pourrait probablement prévenir; dans le lichen plan par contre il nous semble bien que le prurit soit tout au plus contemporain de l'éruption; il cède aussitôt la papule modifiée, mais ne cède que quand la papule a été modifiée.

LICHEN PLAN

L'application de la douche filiforme ne modifie en rien, cela va sans dire, l'évolution de la poussée; elle n'empêche pas de nouvelles papules de se montrer, mais ne rend pas leur poussée plus intense. Ce qui est vrai, c'est que chaque papule douchée, suffisamment douchée, guérit immédiatement, et que le prurit disparaît encore plus vite que la papule. Mais pour qu'une papule soit douchée suffisamment, il faut qu'elle prenne un aspect ecchymotique ou qu'il se fasse à son niveau une sorte de grosse vésicule pleine d'un liquide très clair. Et alors, si on s'attaque à un lichen plan dont l'évolution est terminée, le lichen plan est

guéri aussitôt qu'on a pu doucher toutes les papules ; on a gagné sur les autres procédés des semaines et on a évité au patient emplâtres et pommades, ce qui est bien quelque chose.

Dans les cas de lichen plan corné il faut aller plus loin que l'aspect ecchymotique ou que la vésicule ; il faut arriver carrément à l'exulcération si l'on veut avoir un résultat rapide et complet.

LICHEN POLYMORPHE « FEROX »

Nous en avons peut-être soigné un cas. Le malade, depuis de nombreuses années, avait un prurit réellement féroce, et des lichénifications très épaisses ; c'est pour lui que nous avons songé à la douche filiforme ; il n'a jamais guéri, mais jusqu'à sa mort il a estimé que seule la douche lui donnait du soulagement. Le premier appareil que nous avons eu à Saint-Louis avait été fait pour son usage personnel.

ACNÉS

La douche filiforme n'est d'aucune utilité dans le traitement de l'acné banale et dans l'acné phlegmoneuse elle nous a semblé pousser plutôt à la suppuration. Peut-être avec un jet un peu volumineux, moins destructeur que celui du demi-millimètre, pourrait-on faire un massage utile aux peaux infiltrées.

Où nous croyons bien que la douche filiforme serait très indiquée c'est dans le traitement de l'acné verrouillante. Elle devrait chasser les globules cornés et atténuer les cicatrices. Nous croyons très fort, mais nous n'avons jamais eu l'occasion de soigner un de ces cas.

ACNÉS COUPEROSIQUES

Dans toute la série commençant à l'éruption papulo-miliaire récidivante de la face pour aboutir à l'acné couperosique la plus vraie avec telangiectasies, etc..., la douche filiforme redevient un grand procédé, mais doit être appliquée de manière différente suivant les variétés.

Dans l'éruption papulo-pustuleuse, il faut avoir grand soin que la température du liquide ne dépasse pas 30 ou 32° et il faut

se contenter de pression faible 3 ou 3 kg. 5. Même avec cette faible pression les papulo-vésicules sont détruites, et on voit apparaître et être détruites des papules qu'avant la douche on ne voyait pas. La destruction des papules s'accompagne souvent *in situ* d'une exhalation assez considérable de sérosité. Et même quand on n'a employé que du liquide à 30° il y a pendant la nuit qui accompagne l'application, une désagréable sensation de brûlure.

Nous connaissons des exemples d'éruptions papulo-vésiculeuses qui ont guéri en une séance et sont restées guéries. Le plus souvent, c'est vrai, la cause persistant, il y a des récurrences, mais il nous semble qu'on peut promettre ferme aux malades qu'avec une séance par an ils pourront se maintenir en apparence de guérison.

Dans l'acné *couperose* il faut employer les très fortes pressions; il faut non seulement détruire les papulo-pustules, mais rompre un certain nombre de veinules.

Il n'y a pas dans la nuit qui suit la sensation de brûlure qu'il y a dans la papulo-pustuleuse miliaire, mais il se fait au niveau des papulo-pustules détruites et des veinules rompues des croûtelles qu'il faut savoir respecter jusqu'à leur chute naturelle. On ne guérit pas une couperose vraie en une séance comme ça arrive assez souvent dans l'éruption papulo-pustuleuse miliaire, mais chaque séance est accompagnée très régulièrement d'amélioration, et en quatre ou cinq séances on transforme un visage.

ACNÉ COLLOÏDE

Nous en avons douché un seul cas; tous les éléments ont été facilement détruits. Un mois après, la malade semblait complètement guérie; qu'en est-il advenu depuis?

TELANGIECTASIES

Les résultats obtenus dans la couperose nous ont poussé à essayer de la douche dans le traitement des telangiectasies: telangiectasies post-radiothérapiques, telangiectasies de la kératose pileuse rouge de la face.

Dans les télangiectasies post-radiothérapiques nous avons eu succès relatifs et échecs. Dans ces formes il ne faut pas ulcérer ; et alors, on n'a de succès que si les tissus sont assez résistants pour supporter, sans ulcération, une pression suffisante pour que l'on puisse écraser les veinules. En ce cas on a un lacis veineux noirâtre dans lequel on a bien l'impression que le sang est coagulé.

Dans les bandes rouges de la kératose pilaire de la face nous avons toujours trouvé un tissu supportant les très fortes pressions ; nous n'avons jamais eu de résultat complet, mais des améliorations pourtant.

SCLÉRODERMIE EN BANDES

Chez la fillette d'un confrère, nous avons deux ans de suite douché pendant un mois une sclérodermie en bande ; quelques mois après la seconde cure la guérison était complète ; faut-il en rapporter l'honneur seulement à la douche.

CHELOÏDE VRAIE

Ce résultat nous a poussé à doucher une cheloïde vraie chez un enfant. Nous avons obtenu une guérison complète qui se maintient absolue depuis des années ; mais au niveau de la lésion la peau a un aspect parcheminé, aminci.

CURETAGE DES LUPUS

Dans tous les cas précédents nous n'avons pas entamé les tissus ; à peine avons nous eu, sans les chercher, de légères exulcérations, parce que nous douchions des tissus résistants.

Quand on douche des lupus au contraire, on peut broyer, faire disparaître les tissus malades, alors que les tissus sains sont toujours respectés. On fait un véritable curetage qui semble valoir au moins celui qu'on ferait avec des curettes. Une colonne d'eau d'un demi-millimètre pénètre bien autant qu'une curette si fine soit-elle, et la fine curette a besoin d'être maniée par une main

experte, tandis qu'avec la douche il n'y a qu'à taper, elle saura choisir ce qui lui revient.

Le curetage par la douche est douloureux à coup sûr, mais pas plus que ne serait celui qu'on ferait à la curette. Le curetage superficiel du lupus érythémateux est généralement bien supporté; celui du lupus tuberculeux peut être précédé d'anesthésie locale par injection de stovaine; pour un petit malade du service Hudelo nous avons opéré sans anesthésie générale et le résultat a été très bon.

Doit-on traiter par la douche filiforme tous les lupus? Assurément non.

LUPUS ÉRYTHÉMA TEUX

Il ne faut pas doucher un lupus érythémateux ambulant, ni même un lupus érythémateux en évolution. Mais on doit doucher tous les érythèmes crétacés, tous les lupus érythémateux fixes. Même pour les cas superficiels, pour ceux qui semblent relever du savon ou procédés analogues, avec la douche on ira beaucoup plus vite. L'ulcération que donne la douche dans le lupus érythémateux est toujours très superficielle. Les résultats que donne la douche dans le lupus érythémateux ne peuvent se mettre en balance qu'avec ceux que donne la neige carbonique. L'application de la neige carbonique est peut-être moins désagréable, mais la douleur persiste au moins 24 heures, tandis qu'elle disparaît aussitôt la douche terminée. Avec les deux procédés les cicatrices sont également régulières, mais celles que laisse la neige carbonique sont souvent trop blanches. Nous avons eu assez souvent, les années suivantes, des récidives de nos lupus érythémateux mais pas au centre des cicatrices. Jamais qu'en points isolés sur les bords, il est bien facile de venir à bout de ces points-là.

LUPUS TUBERCULEUX

Pour ceux-ci nous avons tendance à croire qu'ils sont tous justiciables de la méthode. Pour le lupus excédens, pour le lupus vorax nous connaissons les résultats merveilleux que donne souvent la scarification quadrillée; mais s'il est plus facile d'avoir à sa disposition un scarificateur qu'une installation de douche,

nous connaissons bien peu de mains capables d'obtenir des scarifications les brillants résultats que certains en obtiennent; et toutes les mains sont à peu près égales dans l'emploi de la douche. La supériorité de la scarification ne nous semble indiscutable que dans les lupus du bord des orifices.

Et pour le lupus non excédens la méthode peut encore donner de très bons résultats; plus faciles c'est certain si sous le lupus il y a un plan résistant, mais possibles encore lorsque cette condition n'existe pas.

Il faut seulement avoir la main très lourde, être bien convaincu qu'on n'ira jamais trop loin, que la douche ne s'attaque qu'au tissu pathologique.

Nous n'avons pas vu un seul cas d'infection; ça s'explique peut-être par le lavage que fait la douche et par l'exhalation considérable de sérosité qui suit.

Nous avons eu toujours des cicatrices très belles, surtout, croyons-nous, parce que nous supprimons tout pansement. L'écoulement sanguin arrêté, nous ne nous occupons plus de l'ulcération; la sérosité sanglante qui arrive après le sang se concrète en croûte épaisse et adhérente; nous n'y touchons pas; le malade circule à l'air le plus possible; nous attendons que la croûte se détache seule, et au-dessous, toujours, nous le répétons, nous avons trouvé une cicatrice d'aspect très satisfaisant, déprimée parfois, mais jamais irrégulière.

Nous croyons bien que les résultats que nous avons obtenus à La Bourboule ont eu de la tenue; à tous nos clients nous disons qu'en hiver médecin et appareil seront à leur disposition à Saint-Louis, et nous n'avons jamais eu à nous occuper que de notre petit malade à la chéloïde.

DE L'ICTÈRE SYPHILITIQUE ANTÉROSEOLIQUE ET DES MANIFESTATIONS CLINIQUES DE LA SYPHILIS AVANT LA ROSÉOLE

Par L. CHATELLIER et V. BONNETERRE

Chef de clinique

(Travail de la clinique de dermato-syphiligraphie de Toulouse)
(Prof. Ch. AUDRY)

On connaît la fréquence des lésions hépatiques au cours de la syphilis acquise. Les hépatites tardives avaient particulièrement retenu l'attention des cliniciens par leur caractère de chronicité et de gravité. Mais ils n'avaient pas manqué de remarquer et de décrire les lésions qui se produisent dans les stades précoces de la syphilis : ictères bénins ou graves de la période secondaire.

Ricord, Lancereaux, Quincke, Rollet, avaient décrit dans les premières semaines de la vérole un ictère hépatique qu'ils attribuaient à la compression des voies biliaires par des ganglions hypertrophiés. Dans quelques cas très rares, cette pathogénie reçut une démonstration nécropsique.

Gübler, Braümler, Senator pensaient que l'ictère secondaire était dû à un exanthème syphilitique des voies biliaires, comparables à l'exanthème cutané ou muqueux. Finger fut d'avis, au contraire, que l'ictère traduisait l'atteinte du foie par la toxine du virus. Julien, lui, l'attribuait à l'émotion que causait au patient la découverte de sa vérole. Mauriac et Fournier ont longuement décrit l'ictère de la période exanthématique de la syphilis. La découverte du tréponème dans les viscères fit admettre l'atteinte directe de la cellule hépatique par le microbe.

Jusque-là on avait surtout décrit l'ictère de la période secondaire ; avant la roséole, l'ictère était rapporté à une cause surajoutée. Cependant Lasch publia, en 1894, une belle observation, où l'ictère fut presque contemporain du chancre. Les manifesta-

tions antéroséoliques se multipliant, l'attention fut retenue par ces cas extrêmement précoces. En 1910 de Beurmann publia un cas d'ictère hémolytique avant la roséole ; Castaigne les signale, en 1920, dans sa revue documentaire sur les « Ictères dans la Syphilis ». Milian en publie récemment trois observations. Nous donnons une observation inédite recueillie dans le service de notre maître, M. le prof. Audry.

LASCH. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1894, p. 909.

A. F., jeune femme de 19 ans, entre le 5 septembre 1892 à la clinique médicale pour un ictère franc datant, dit la malade, d'un jour. On s'aperçoit d'une érosion indurée sur la commissure postérieure de la grande lèvre droite, avec adénopathie inguinale, indolente et volumineuse. La malade eut des rapports le 25 juin 1892 avec un jeune homme en traitement syphilitique depuis un an environ. Fin juillet elle aurait vu apparaître cette érosion vulvaire.

Les jours suivants l'ictère se fonce ; douleurs dans les membres, légère température, l'appétit conservé, foie un peu augmenté de volume.

Le 10 septembre. Ictère très intense. Exanthème maculo-papuleux « colossal » sur le tronc, la tête et les extrémités. Le chancre est à peu près cicatrisé, adénopathie généralisée, papules nombreuses, ictère plus foncé, pigments biliaires dans les urines, fèces décolorées, foie gros et douloureux, rate hypertrophiée. La malade reçoit une injection quotidienne de sublimé.

9 octobre. L'ictère s'efface vite, dans les urines, traces de pigments biliaires, fèces plus colorées, le foie n'est plus douloureux, l'exanthème en voie de disparition.

29 octobre. Amélioration. Poids augmenté de 8 livres. Ictère disparu, foie redevenu normal.

DE BEURMANN, BITH et CAIN. — *Société médicale des Hôpitaux*, 1910, p. 637.

F. T., âgée de 19 ans, couturière ; entrée à l'hôpital le 12 novembre 1910. 15 jours avant l'entrée, éruption maculo-papuleuse.

21 jours avant l'entrée (soit une semaine avant la roséole), ictère, sans trouble gastro-intestinal. Pas d'antécédent lithiasique ou autre.

Ictère franc, généralisé, sans cholurie, sans décoloration des fèces ; pas de constipation. Foie non augmenté de volume. Rate volumineuse. Pas de prurit.

Traitement mercuriel commencé le 6 novembre (Biiodure d'Hg : 0,02 centgr.) ; disparition de la roséole, de la splénomégalie et de l'ictère.

Examen du sang.

4 novembre. Cholémie, anémie : 3.750.000 gl. R. ; leucocytose : 3.000. Hémoglobine normale. Pas d'hématies nucléées ; hématies granuleuses 10,15 o/o. Résistance globulaire diminuée.

12 novembre. Cholémie plus faible. Gl. R. : 4.525.000. Gl. B. : 15.000. Hémoglobine : 90-100. Résistance globulaire accrue.

MILIAN. — *Paris Médical*, 21 juin 1920, p. 141.

OBSERVATION I

M. M., 21 ans, entrée à Saint-Louis pour plaie contuse du cuir chevelu, transférée service de médecine le 8 février 1920 pour ictère.

Ictère marqué des téguments et des muqueuses. Urines foncées riches en pigments et sels biliaires, pas de sucre, pas d'albumine ; décoloration des matières fécales. Rate perceptible. Quelques vomissements bilieux, température à 37°2.

Rien dans les antécédents, divers organes normaux.

A la vulve, cinq petits chancres ignorés de la malade.

12 février. R. W. négative. 16 février. R. W. douteuse.

17 février. Ictère presque disparu, matières fécales recolorées. Réactions de Hay et de Gmelin négatives. Température : 38°.

20 février. R. W. +. 27 février, Ictère disparu, puis roséole.

Traitement antisypilitique.

OBSERVATION II

D. Victor, 27 ans, entré à l'hôpital le 29 février 1920 pour chancre du frein. Presque en même temps que le chancre, jaunisse qui fut traitée dans un service de médecine par régime lacto-végétarien et *calomel* (0 gr. 05 tous les cinq jours pendant 15 jours). L'ictère, atténué, a repris : décoloration des matières fécales, urines riches en pigments et sels biliaires, sans sucre ni albumine, foie gros, rate normale, pouls à 68.

Pas d'antécédents pathologiques, sauf alcoolisme : 3 litres de vin, dizaine d'apéritifs.

3 février, roséole.

Traitement antisypilitique, qui amène disparition de l'ictère au bout de 15 jours.

OBSERVATION III

M. C., chancres de la verge en octobre 1913, accompagnés de roséole, traités par l'olarsol, le novarsébenzol et un traitement mercuriel de 2 ans. R. W. négative à plusieurs reprises, sans accidents ; réactivation nulle.

Le 7 juin 1919, érosion face interne du prépuce ; R. W. négative, pas de tréponème ; 12 jours après le chancre, ictère léger, avec selles un peu décolorées. Le 15 juin, ictère très foncé, pigments biliaires dans les urines, décoloration partielle des fèces, foie et rate augmentés de volume.

Traitement par l'huile grise ; l'ictère ne tarde pas à s'améliorer, puis

roséole, R. W. + + disparition de l'ictère, cicatrisation du chancre, novarsénobenzol.

OBSERVATION PERSONNELLE

Ph. V..., 22 ans, lingère, entrée à l'hôpital le 2 juillet

Mère morte à 52 ans d'un cancer du sein, père mort d'affection cardiaque, deux frères et trois sœurs en bonne santé.

Rien à signaler dans les antécédents de la malade.

Au début du mois de mai, coût suspect, troubles généraux vagues, coïncidant avec la suppression des règles.

Vers le début de juin, peu à peu la malade a senti ses forces diminuer; lassitude générale, œdème malléolaire, troubles digestifs: inappétence, vomissements, obligeant la malade à quitter l'atelier. S'aperçoit vers le 20 juin d'une jaunisse qui, dit-elle, était très accentuée; la malade se met spontanément au régime lacté, l'ictère diminue un peu.

Apparaissent des douleurs au niveau de la grande lèvre qui conduisent la malade à l'hôpital vers la fin du mois de juin. On constate sur l'extrémité postérieure deux érosions, peu suintantes, presque complètement cicatrisées, accompagnées d'un œdème assez considérable de la grande lèvre gauche; induration lamelleuse, difficile à percevoir; adénopathie dure de l'aîne gauche; tréponème à l'ultra-microscope. A l'examen général, on trouve encore un ictère assez intense avec coloration des téguments et des muqueuses. Pas de trace de roséole; pas de prurit.

Foie gros, douloureux; rate perceptible à la percussion et à la palpation, très douloureuse. Les fèces sont un peu recolorées.

L'examen des urines donne la réaction de Gmelin; albuminurie notable; volume total 900 cc. Grossesse de 2 mois environ.

Examen du sang: formule leucocytaire normale; résistance globulaire augmentée notablement. R. W. + +.

Régime lacté. Injection de 0,45 de néosalvarsan.

A la deuxième injection faite 9 jours après, l'albuminurie a presque disparu; les urines recueillies sont analysées par M. Valdigmer, pharmacien en chef des hôpitaux, qui trouve des traces d'albumine, de l'urobiline en quantité notable. L'ictère rétrocede rapidement. L'état général s'amende; à cause de l'état de grossesse, le traitement est poursuivi avec énergie. La malade avorte au troisième mois et demi de sa grossesse. L'ictère et l'albumine avaient disparu complètement.

Ces observations montrent bien qu'il existe, tout près du chancre et avant la roséole, des ictères syphilitiques légitimes.

Dans l'observation de Lasch, l'ictère s'est déclaré alors que la malade portait encore son chancre non cicatrisé et il est probable que la malade en a découvert l'existence assez longtemps après le début. Dans les cas de Milian et dans le nôtre, l'ictère a paru

peu de temps après le chancre, ou presque à la même époque. Une observation de Ricord, rapportée par Lasch, signale l'ictère quatre à cinq semaines après le début de l'accident primitif. Dans le cas de Beurmann, Bith et Cain, l'ictère, plus tardif, a précédé d'une bonne semaine l'apparition de l'exanthème cutané.

D'autre part, si l'on compulse les observations des vieux auteurs, on est en droit d'imputer à la syphilis pas mal d'ictères étiquetés catarrhaux ou émotifs ; leur extrême précocité empêchait de les ramener à leur origine vraie.

En effet l'ictère syphilitique préroséolique s'offre avec tous les symptômes de l'ictère hépatique vulgaire.

Le début en passe souvent inaperçu, n'est pas marqué ou rarement, de troubles gastro-intestinaux, capables d'attirer l'attention du malade.

Les téguments et les muqueuses sont rapidement envahis et, dans certains cas, l'ictère atteint une intensité considérable, la peau est très colorée et les muqueuses aussi. Les urines, diminuées en quantité, sont hautes en couleur, contiennent des pigments et des sels biliaires, parfois seulement de l'urobiline vers la fin de la jaunisse. On y trouve quelquefois de l'albumine. Les matières fécales sont décolorées, couleur mastic. Le foie est le plus souvent augmenté de volume : sa matité est accrue, son bord dépasse les fausses côtes et la palpation en est fréquemment douloureuse. La rate est, dans la majorité des cas, hypertrophiée et se laisse atteindre facilement par la palpation. Ce symptôme est d'importance, car on sait la fréquence extrême des réactions spléniques dans la syphilis au début. La rate même peut être le siège d'une douleur vive, et Besnier avait déjà attiré l'attention sur cette pleurodynie précoce splénique dans la syphilis, associée ou non à des troubles hépatiques. Il est remarquable de constater le peu d'intensité des troubles fonctionnels gastro-intestinaux au cours de l'ictère syphilitique précoce. Déjà Lasch, dans son observation, insistait sur la conservation de l'appétit et du fonctionnement stomacal chez sa malade. Milian, et nous-même, avons fait la même constatation.

L'état général est également peu modifié, la fièvre, quand elle existe, est modérée et ne dépasse guère 38°. Enfin il convient de signaler que le prurit n'existe pas dans les cas que nous avons pu trouver, et pourtant il y a rétention des sels comme des pigments biliaires.

Ces ictères antéroséoliques évoluent le plus souvent assez vite, dès que leur nature est reconnue. En effet, les malades vont d'abord dans un service médical, sont soumis à la diète lacto-végétarienne, puis à l'examen, on découvre le chancre et le traitement antisyphilitique est institué, qui ne tarde pas à produire, avec la cicatrisation du chancre, l'atténuation puis la disparition de l'ictère et le retour à l'état normal.

Telle est la forme habituelle de l'ictère syphilitique : ictère hépatique avec cholurie, décoloration des matières fécales, augmentation de la résistance globulaire.

MM. de Beurmann, Bith et Cain ont publié une observation (celle que nous avons donnée plus haut), d'un ictère hémolytique acquis, précédant la roséole. Gaucher et Giroux avaient, avant eux, fait connaître des cas d'ictère syphilitique hémolytique, dans le cours de la période dite secondaire, après ou en même temps que les accidents cutané-muqueux.

Il s'agit bien ici d'un ictère, avec coloration des téguments et des muqueuses, mais pas de cholurie, pas de décoloration des matières fécales, la résistance globulaire est diminuée. On trouve des hématies granuleuses, de l'hypertrophie de la rate. C'est le tableau clinique de l'ictère hémolytique acquis, bien connu depuis les travaux de Widal et de ses élèves. Ici comme là, l'intervention de la thérapeutique antisyphilitique amène la disparition rapide de l'ictère et la disparition des troubles sanguins originels.

D'où l'importance d'un diagnostic précis et exact de la cause. Savoir s'il s'agit d'un ictère hépatique ou hémolytique, est chose aisée. Dans l'un, il y a cholurie, décoloration des matières, augmentation de la résistance globulaire ; dans l'autre, pas de cholurie, fèces normalement colorées, fragilité globulaire, anémie, hématies granuleuses.

Donc pas de difficultés.

A quoi rapporter l'ictère ?

L'ictère catarrhal s'accompagne de troubles gastro-intestinaux, de fièvre, de mauvais état général, il y a du prurit, de la bradycardie ; l'évolution est plus longue, l'action du régime alimentaire et de la médication plus rapide, souvent il existe un antécédent infectieux.

L'ictère syphilitique préroséolique, comme l'ictère secondaire, résiste le plus souvent au régime, au repos. On trouve en même

temps le chancre, dont l'évolution est parallèle à celle de l'ictère ; pas d'autre antécédent capable d'expliquer l'ictère. Milian a insisté sur l'absence du prurit, sur l'absence de troubles gastro-intestinaux, sur la faible intensité des réactions fébriles et générales.

Mais le meilleur argument se trouve dans l'efficacité extrême et rapide du traitement antisypilitique, arsenical ou mercuriel. Dès la première injection de novarsénobenzol, on voit s'amender la cholurie, la décoloration des matières fécales, et l'état général revient vite à la normale quand il a été touché. Chez notre malade, la nature sypilitique de l'ictère s'est affirmée par la coexistence d'une albuminurie notable qui a cédé rapidement à la première injection, concurremment d'ailleurs avec l'ictère.

L'extrême précocité de l'ictère antéroséolique survenu avant l'administration de tout médicament, nous permet d'écarter les ictères toxiques dus aux novarsénobenzols. Milian n'a-t-il pas fait remarquer, à leur propos, qu'on imputait trop souvent au médicament des ictères relevant en réalité de la syphilis, comme le prouvait l'action salutaire du traitement redoublé ?

Il ressort que le pronostic de cette affection demeure bénin, ce d'autant plus qu'elle aura été reconnue et traitée plus tôt. Si l'on connaît des cas d'ictères graves secondaires, il n'a pas été publié d'exemples survenus avant la roséole.

Nous rattacherons aux lésions hépatiques, un cas de glycosurie avec phosphaturie, polyurie, polyphagie et polydypsie légères, publié par Tschistiakof, survenu chez un malade porteur de son chancre et guéri par le traitement antisypilitique.

Hallopeau et Fouquet signalent les troubles fonctionnels hépatiques avant la période secondaire. Ce sont des symptômes d'insuffisance fonctionnelle ; hypoazoturie, rapport azoturique inférieur à la normale (Bouchard, Gaucher et Crouzon), urobilinurie (Samberger), glycosurie alimentaire (Samberger, Paris et Dobrovici), glycosurie spontanée.

Le foie, d'ailleurs, n'est pas le seul organe dont l'atteinte se traduise cliniquement à une période aussi précoce.

Nous ne parlerons pas, bien entendu, des modifications que seul le laboratoire permet de déceler. Tout le monde connaît les altérations du liquide céphalo-rachidien qui se produisent peu après le chancre. Altérations bien étudiées par Ravaut ; chacun sait que la réaction de Bordet-Wassermann et celle de Sachs-

Georgi apparaissent dans le sang et souvent dans le liquide céphalo-rachidien vers la troisième semaine du chancre. Enfin le tréponème a été retrouvé dans le sang circulant très peu de temps après l'apparition de l'accident initial. Nous nous bornerons à étudier sommairement les manifestations cliniques de la syphilis dans la période dite « seconde incubation ».

En 1901, M. le professeur Audry publiait, avec un de ses élèves, une observation de rash préroséolique ; revenant sur cette question et étudiant l'importance de la réaction de J. J. H., notre maître citait une observation ancienne d'exanthème préroséolique et rappelait que Bassereau, en France, en avait parlé dans sa classification des syphilides maculeuses. Augagneur, du Castel et Galtier, ont fait remarquer que l'exanthème guttural précède le plus souvent la roséole.

Le rein est un des organes dont l'atteinte nous est la mieux connue, en raison des examens fréquents d'urines pratiqués sur les malades. Talamon, Fournier, connaissaient bien la néphrite antéroséolique. En 1912, notre maître en publiait trois observations démonstratives. En 1920, Dumet, dans sa thèse sur les « Néphrosyphiloses primaires », rapporte 17 observations où la néphrite est apparue de 14-30 jours après le chancre.

Tantôt la lésion rénale est une découverte du médecin, lors d'un examen d'urine ; on trouve alors une albuminurie de peu d'intensité, sans troubles généraux ou fonctionnels. Tantôt on assiste au développement d'une néphrite aiguë avec oligurie, œdème généralisé, dyspnée, troubles généraux et urinaires intenses, si bien que la véritable étiologie échappe souvent, jusqu'à l'apparition des manifestations cutanées. Le traitement assure en même temps le diagnostic, car, le plus souvent, l'albuminurie rétrocede, complètement ou incomplètement, les troubles fonctionnels ou généraux s'amendent et disparaissent. Quoi qu'il en soit, le pronostic demeure réservé, à cause des récidives ou des guérisons incomplètes, en dépit d'un traitement sérieux, mais qui doit être prudent.

Au même titre et dans les mêmes conditions, les méninges réagissent précocement à l'infection syphilitique ; en dehors des modifications du liquide céphalo-rachidien, il existe une méningite syphilitique préroséolique dont les premières observations sont dues à Boidin et Weil, à Achard et Desbouis et à M. le professeur Audry. On trouve le trépidé méningitique : céphalée

intense, vomissements, constipation, avec signe de Kernig, exagération des réflexes, obnubilation fréquente. La fièvre et les phénomènes généraux sont peu marqués. Livrées à elles-mêmes ces méningites s'amendent spontanément, mais le traitement, qui doit être institué avec précaution, fait rapidement disparaître la céphalée, rend le sommeil et la santé aux malades. A côté des méningites préroséoliques, il convient de placer la paralysie faciale qui suit de près le chancre, bien étudiée par Ménard dans sa thèse, par Balzer et Faure-Beaulieu. Attribuée par les uns à une névrite périphérique, par les autres à une compression dans l'aqueduc de Fallope par périostite précoce, la paralysie faciale guérit vite et bien sous l'action du traitement antisypilitique.

Récemment Nicolau attirait l'attention sur l'extrême précocité de l'inégalité pupillaire associée ou non à la lymphocytose rachidienne dans la syphilis primaire.

La rate subit également l'infection précoce. Quinquand et Nicole, de Beurmann et Delherm, ont montré la fréquence de la splénomégalie au cours de la syphilis primaire. Ces derniers auteurs en font même un signe presque constant de l'infection précoce sypilitique.

Depuis longtemps les syphiligraphes avaient décrit les périostites antéroséoliques de la syphilis. Mauriac, en 1872, leur a consacré la première étude d'ensemble, Rollet, Fournier les ont bien décrites. Dans un travail récent, un de nous a recueilli les nombreuses observations parues, surtout en France, sur cette question. Les articulations sont également atteintes : il s'agit tantôt d'arthrite monoarticulaire, tantôt de polyarthrite simulant le rhumatisme articulaire aigu. Ces arthrites cèdent très facilement au traitement spécifique, alors qu'elles résistent aux médicaments usuels.

Gaillard, dans sa thèse, a étudié les phlébites sypilitiques précoces des membres inférieurs. Bien connue des premiers syphiligraphes, la phlébite sypilitique fut méconnue, puis niée par la suite. Un des premiers Gosselin, en France, sut la retrouver, après lui Mauriac, Fournier, Thibierge et Ravaut l'ont bien étudiée, surtout dans les périodes précoces de l'infection. Gaillard rapporte quatre observations de phlébite survenant un mois après le chancre, avant tout exanthème. La nature sypilitique de ces phlébites fut démontré péremptoirement par la présence de tréponèmes dans les tuniques de la veine. Les vaisseaux les

plus fréquemment lésés sont les veines superficielles du membre inférieur, puis du membre supérieur, parfois les veines profondes. Il est exceptionnel que la phlébite syphilitique se limite à une seule veine et souvent les lésions sont symétriques. Plus fréquente chez l'homme que chez la femme, la phlébite syphilitique débute et évolue insidieusement ; les phénomènes locaux sont réduits au minimum, il faut une palpation attentive pour trouver les cordons durs et noueux de la plegmatia. Les douleurs, quand elles existent, subissent assez souvent une exacerbation nocturne. Pas de fièvre et, fait remarquable, l'embolie y est exceptionnelle. Cependant les récurrences sont fréquentes et la maladie évolue par poussées successives.

Les artères sont peu lésées dans les stades précoces de la syphilis. Cependant Mauriac cite le cas d'un homme jeune, mort subitement, chez lequel on a trouvé un thrombus de l'artère carotide interne gauche. Le malade était porteur d'un chancre syphilitique non cicatrisé et ne présentait pas d'autres lésions.

L'oreille interne est souvent frappée par la syphilis, dès les premières semaines. Ces localisations, d'abord méconnues, ont été trouvées ensuite d'une grande fréquence. Rigaud, qui les a bien étudiées, les a rencontrées chez 18 o/o des malades porteurs de chancre. En Allemagne Otto Mayer, sur 64 malades examinés, six étaient entre la troisième et la sixième semaine de l'infection. La syphilis frappe tantôt le nerf auditif seul, tantôt le nerf auditif et d'autres nerfs crâniens. Dans les formes acoustiques pures « les accidents auditifs internes dus à la syphilis ont une évolution bénigne (74 o/o de guérison) ». Dans les formes associées « en général l'auditif reste définitivement lésé, car étant le premier atteint, il est le plus fortement touché. Les autres nerfs récupèrent, au contraire, très souvent leur valeur première » (Rigaud).

Chaillous a publié deux cas de choroïdite et de chorio-rétinite dans les premières semaines du chancre, avant toute manifestation cutanée et muqueuse.

Ajoutons ces deux observations de Reiss :

I. 5 heures après le coït suspect, excision d'une excoriation de la face interne du prépuce. 10 jours après, adénite peu douloureuse, puis indolente. 59 jours après l'excision, éruption de syphilides maculopapuleuses.

II. Une femme enceinte de huit mois est infectée par son mari. Un

mois après, naissance d'un enfant qui, au bout de deux semaines, présente des symptômes évidents de syphilis héréditaire. Quatre semaines après l'accouchement, roséole syphilitique chez la mère.

Tous ces faits, que nous avons réunis dans ce travail, montrent la précocité de la généralisation viscérale de la syphilis. Le chancre ne peut plus être considéré comme un accident encore local; dès son apparition, l'envahissement de l'organisme est réalisé et n'attend pas souvent la roséole pour se manifester au clinicien.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY et LAURENT. — Sur un rash préroséolique de la syphilis. *Annales de Dermat. et Syph.*, 1901, p. 179.
- AUDRY. — Sur les exanthèmes provoqués, les exanthèmes préroséoliques et l'incubation de la syphilis. *Province médicale*, 1911, p. 191.
- FOURNIER. — *Traité de la syphilis*, p. 606, t. II.
- DUMET. — Les néphrosyphiloses de la période primaire. *Thèse de Paris*, 1920.
- AUDRY. — Néphrite et chancre syphilitiques, néphrite préroséolique. *Annales de D. et S.*, 1912, p. 277.
- BOUKHEIEFF. — Etude sur les néphrites syphilitiques précoces. *Thèse de Paris*, 1889. Observation 18, p. 66.
- AUDRY et LAVAU. — Méningite préroséolique. *Annales de D. et S.*, 1914-15, p. 29.
- LAVAU. — Sur la méningite métachancreuse préroséolique. *Annales de D. et S.*, 1914-15, p. 280.
- ACHARD et DESBOUIS. — Méningite aiguë syphilitique très précoce. *Bulletin et Mémoire Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1912, t. XXXIV, p. 559.
- BOIDIN et WEIL. — Méningite précoce préroséolique, *Presse médicale*, 1907, n° 85, p. 681.
- BOIX. — *Archives générales de Médecine*, 1894, p. 152. Sur la paralysie faciale périphérique précoce dans la période secondaire de la syphilis.
- MÉNARD. — Paralysie faciale au début des accidents secondaires. *Thèse de Montpellier*, 1865, pp. 26 et 31.
- MAURIAC. — Sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux. *Annales de D. et S.*, 1879-80, t. VI, pp. 66 et 67.
- JULLIEN. — *Traité pratique des maladies vénériennes*.
- MAURIAC. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux. *Gazette des Hôpitaux*, 1892.
- ETIENNE. — Trois cas de périostite précoce dans la phase de la préroséolique de la syphilis. *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1898.
- VOISIN. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. Thèse analysée dans *Annales de D. et S.*, 1875-76, p. 386.

- RUBIN. — Ueber akute Polyarthritis in zweiten Incubationstadium der Syphilis. *Archiv. für D. und S.*, 1913, p. 161, analysé dans *Annales de D. et S.*, 1914-15, p. 558.
- GAILLARD. — De la syphilis veineuse et particulièrement de la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres, *Thèse de Paris*, 1911.
- MENDEL. — Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique. *Archives générales de Médecine*, 1889.
- MAURIAC. — Artériopathies syphilitiques. *Archives générales de Médecine*, 1889, p. 513.
- RIGAUD. — *Thèse de Toulouse*, 1913. Syphilis acquise et oreille interne.
- CEAILLOUS. — Complications oculaires précoces de la syphilis. *Bulletin de la Société ophtalmologique de Paris*, 1912, résumé dans *Annales de D. et S.*, 1912, p. 385.
- BALZER et FAURE-BEAULIEU. — Paralysie faciale précoce. *Bulletin de la Société française de D. et S.*, 1902, p. 327.
- LASCH. — Icterus syphiliticus precocx. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1894, p. 906.
- DE BEURMANN, BITH et CAIN. — *Bulletin et Mémoires Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1910, p. 686.
- MILIAN. — L'ictère syphilitique primaire. *Paris médical*, 21 août 1920, p. 141.
- QUINQUAUD et NICOLLE. — Etude clinique sur l'hypertrophie de la rate dans la syphilis acquise. *Bulletin de la Société française de D. et S.*, 1892, p. 530.
- BESNIER. — Syphilis viscérale précoce : hypersplénie syphilitique secondaire, *Bulletin Société franç. de D. et S.*, 1893, p. 2.
- DE BEURMANN et DELBERM. — Etude de la rate dans la syphilis acquise. *Annales de D. et S.*, 1900, p. 1003.
- TSCHISTIAKOFF. — Analysé dans *Annales de D. et S.*, 1894-95. Glycosurie dans la syphilis.
- MAURIAC. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané. *Annales de D. et S.*, 1880, p. 426.
- W. REISS. — Ueber die Haltbarkeit des Begriffes « primäre syphilis » als eine locale Affection. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1901, p. 69, analysée dans les *Annales de D. et S.*, 1902, p. 531.
- HALLOPEAU et FOUQUET. — *Traité de la Syphilis*, p. 225.
-

L'ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE DES PAYS CHAUDS

par les docteurs

FERNAND CLÉMENT

médecin chef du centre de dermatologie (Marseille)

et

JEAN DONATO

médecin aide-major

PAUL PARET

médecin sous-aide-major

assistants du service.

Nous venons d'avoir l'occasion d'observer au Centre de Dermatologie de la XV^e Région, à l'Hôpital militaire de la Rose (Marseille) 35 cas d'ulcère phagédénique des pays chauds dans un laps de temps assez court (mai-octobre 1920). Les observations de ces malades nous ont suggéré au sujet de l'étiologie, de l'aspect clinique et du traitement de cette affection, certaines remarques qui feront l'objet de cette étude.

ETIOLOGIE. — L'ulcère phagédénique a été longtemps considéré comme le résultat d'une complication des plaies ordinaires dans les pays chauds. On s'est appuyé sur la bactériologie et la clinique (Le Roy de Méricourt, Richard, Vincent) pour admettre l'identité du phagédénisme des pays chauds avec la pourriture d'hôpital. Depuis le célèbre mémoire de Vincent en 1896, nous savons en effet, que la pourriture d'hôpital, la stomatite ulcéro-membraneuse et l'ulcère phagédénique des pays chauds sont causés par l'association fuso-spirillaire. Ce point d'étiologie est exact et confirmé par nos propres observations. Mais de même que le streptocoque par exemple peut engendrer dans la peau des affections d'aspects très différents (érysipèle, pyodermite ecthymas, dartres) de même l'association fuso-spirillaire peut y créer des lésions fort dissemblables et l'ulcère phagédénique se présente, comme nous le verrons plus loin avec une physionomie bien à lui.

Les fuso-spirilles recherchés systématiquement ont été trouvés chez tous les malades qui n'avaient pas déjà subi un traitement

important avant leur entrée au centre de dermatologie et nous n'avons pas grand'chose à ajouter à ce que nous savons d'eux. Leur description générale répond à celle donnée par Vincent dans les *Annales de l'Institut Pasteur* de 1896. Les dimensions moyennes des fuseaux varient de 2 à 7 μ sur 1 à 3, celles des spirilles de 2 à 10 μ et plus sur 1 à 2. Les spirilles sont tantôt à bouts carrés, tantôt à extrémités effilées ; parfois aussi une extrémité est effilée et l'autre nettement carrée. Leur épaisseur est à



Fig. 1.

peu près invariable. Ils affectent toutes sortes de formes, en S, en U, en M, en Σ , rarement en Y. Le nombre des spires est variable de 0 à 5 ou 6 ; ces spires sont très irrégulières aussi de rayon contrairement à celles du tréponème pâle. Parfois nous avons noté des étranglements pouvant faire croire à une multiplication par scission ; parfois aussi une extrémité a paru mieux retenir les sels d'argent, mais nous n'avons jamais observé des spores ou fragments par scissiparité. Les fuseaux typiques sont en navette, à bouts arrondis, rectilignes ; quelques-uns sont ronds, ovales ou légèrement coudés. Ils retiennent les sels d'argent et en général les métaux lourds et les couleurs d'aniline plus énergiquement que les spirilles.

Pour la coloration nous avons surtout employé la méthode de Fontana-Tribondeau. Il nous a semblé qu'en ajoutant à l'action du nitrate d'argent sur le tannin l'action d'un autre sel à métal lourd (tartrate de fer) la coloration était plus sûre.

Une observation attentive nous a permis de remarquer certaines formes qu'il était difficile d'étiqueter fuseau ou spirille (planche I). Peut-être s'agit-il d'altérations car ces formes ont été particulièrement nombreuses chez les malades déjà traités énergiquement par des antiseptiques locaux ?

Où alors avons-nous affaire à des formes d'évolution ? Dans d'autres cas, il n'y avait que des fuseaux sans spirilles ; ces derniers moins résistants ont-ils été les premiers détruits par le traitement de la première heure ? ou bien l'association des deux microorganismes peut-elle parfois être en défaut ?

Il ne nous appartient pas de trancher ces délicats problèmes de biologie avec les seuls renseignements que nous possédons. Ayant affaire à des Malgaches et à des Sénégalais nous avons cru

d'abord reconnaître chez ces malades d'origines diverses des races différentes de fuso-spirilles, mais des examens répétés ne nous ont pas permis de conclure dans ce sens.

Une différenciation plus nette serait celle qui existe entre les fuso-spirilles de l'ulcère phagédénique et ceux de la stomatite de Vincent — les premiers nous ont paru constamment plus gros, plus trapus, moins élégants en somme que les seconds.

Le fuso-spirille, vraie cause de l'ulcère, a besoin pour se développer d'une porte d'entrée (plaie, excoriation, piqure d'insecte). La fréquence de l'ulcère aux membres inférieurs vient de ce que les indigènes, marchant souvent les jambes nues ont de petits traumatismes cutanés plus fréquents que sur les autres parties du corps ; l'usage du soulier militaire bien souvent a provoqué chez plusieurs de nos malades des excoriations servant de porte d'en-



Fig. 2.

trée. Nous n'avons pas remarqué d'autres causes prédisposantes, tous nos sujets étaient jeunes, militaires bien portants, sans affection organique grave. La syphilis elle-même s'est montrée rare chez cette catégorie de malades : l'étude du Wassermann faite plus loin le démontrera.

ASPECT CLINIQUE. — L'aspect clinique de l'ulcère phagédénique est bien particulier à cette affection. Il ne s'agit pas en effet



Fig. 3.

d'une plaie quelconque sur laquelle une superinfection a orienté l'évolution vers un phagédénisme banal. Nous savons aujourd'hui que le phagédénisme a des physionomies diverses suivant sa cause provocatrice : celui du chancre mou s'accroît par de véritables abcès sous-dermiques de voisinage s'ouvrant sur les bords de l'ulcère où il constitue des clapiers et des fusées purulentes étendues ; celui de la syphilis, rouge et gangréneux, dissèque les tissus en surface et en profondeur ; celui du phagédénisme géométrique de Brocq n'intéresse que la peau et s'étend en dessinant des courbes régulières. Le phagédénisme de l'ulcère des pays chauds a lui aussi une forme clinique précise et cette forme nous la retrouvons dans l'angine ulcéro-membraneuse due aux mêmes agents microbiens et nous la croyons caractéristique de toutes les fuso-spirilloles.

Ce phagédénisme s'étend en surface et en profondeur creusant l'organisme en cupule et laissant comme résidu de son travail destructif des lambeaux sphacelés, des caillots sanguins et des fausses membranes grisâtres qui exhalent une odeur cadavérique. A la périphérie de la cupule, l'ulcère est surélevé en un bourrelet dur ne présentant aucun micro-abcès typique. Le contour général de cette cupule est toujours géométrique : il est ou circonférence parfaite comme dessinée au compas, ou ovale, ou en cas de récidence

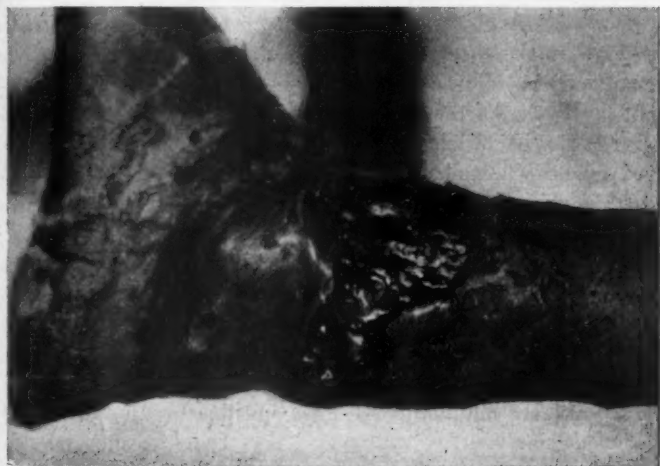


Fig. 4.

dans un sens circonférence nouvelle ou encoche formant une circonscription avec le contour primitif. Quand on curette on arrive sur une surface dure, résistante, grinçant sous la pression de l'instrument et laissant sourdre par mille petits vaisseaux ainsi entr'ouverts une véritable pluie sanguine, facilement hémostasiée par la simple compression.

La périphérie de l'ulcère est parfois œdématiée ; le retentissement ganglionnaire n'est pas constant. Dans un cas cependant il y eut une infection ganglionnaire absolument semblable à celle de l'adénite chancreuse, véritable bubon inguinal à fuso-spirilles rapidement ouvert spontanément et prenant alors la physionomie caractéristique de l'ulcère. L'ulcère est

quelquefois unique, mais c'est pour ainsi dire l'exception ; la plupart de nos malades en présentaient deux, trois, cinq et chez l'un d'entre eux jusqu'à une cinquantaine disséminés sur les deux membres inférieurs. Les jambes semblaient comme farcies de nodosités donnant au curetage l'aspect typique de l'ulcère.

Les phénomènes subjectifs sont à peu près nuls. Les troubles fonctionnels sont subordonnés à l'extension des lésions aux muscles et aux articulations. Nous avons vu plusieurs articulations des orteils ouvertes, des tendons dilacérés, jamais la gêne consécutive n'a été assez grande pour faire éliminer le malade du service militaire. L'état général est constamment bon et nous n'avons jamais observé d'élévation thermique. L'analyse du sérum sanguin (épreuve de Wassermann) a été systématiquement pratiquée sur tous les malades par les soins du laboratoire régional de bactériologie. Voici quels en sont les résultats : 1^o examen des 35 malades : 21 positifs, 14 négatifs.

Un deuxième examen des positifs quinze jours ou trois semaines ou un mois après donne : 8 positifs, 13 négatifs.

Un troisième examen des positifs n'a été fait que pour trois d'entre eux donnant deux négatifs et un faiblement positif. Les cinq autres pour diverses raisons (guérison, sortie des malades) n'ont pu être examinés une troisième fois. Toutefois l'épreuve est suffisante pour montrer qu'il s'est agi chez nos ulcéreux d'une positivité passagère imputable à la fuso-spirillose seule, car aucun traitement interne n'a été employé : la thérapeutique ne peut donc être invoquée pour expliquer le changement du signe du Wassermann. Il s'agit en l'espèce de ces positivités passagères déjà signalées par Ravaut dans certaines affections. D'ailleurs quelques positivités persistantes pourraient-elles peut-être s'expliquer par une syphilis latente : il ne nous a pas été permis de préciser ce point.

TRAITEMENT. — Le traitement fut le même pour tous : curetage sous anesthésie générale et enfumage iodé de l'ulcère. Le curetage est employé depuis que Clarac et Fontan en ont démontré la nécessité ; il doit être très complet en insistant surtout sur le bourrelet périphérique qui doit être rongé par la curette et en ne s'arrêtant que lorsque l'instrument crie sur les tissus sains sous-jacents. A ce moment on comprime légèrement la petite pluie sanguine qui s'est produite et on enfume avec un appa-

reil de Louge ou tout autre appareil de fortune pour le chauffage de la poudre d'iodoforme. Les vapeurs violettes d'iode ainsi obtenues sont projetées sur l'ulcère pendant quelques secondes puis un pansement aseptique met le champ opératoire à l'abri des contaminations.

Le jour suivant, l'enfumage est renouvelé et ainsi quotidiennement jusqu'à guérison. Sous son influence l'ulcère est rapidement recouvert de bourgeons de bonne nature, le bourrelet s'affaisse et les bords de la perte de substance se rétrécissent de jour en jour. Point n'est besoin d'immobiliser les malades, de les soumettre à un régime spécial comme ont fait certains auteurs avant nous. Nous n'avons même pas eu à recourir aux arsénobenzols intraveineux, ni locaux. Nous croyons que le curetage débarrasse l'ulcère de tous les spirilles, s'il est bien fait et la médication spécifique de ces agents microbiens devient par suite inutile. L'enfumage iodé que nous croyons être les premiers à avoir employé dans cette affection nous a paru le plus puissant moyen de cicatrisation. Quelques-uns de nos malades ont été soignés avant de nous parvenir à l'Hôpital militaire de Rochefort par l'excision aux ciseaux de tous les tissus sphacelés et pansements antiseptiques divers (permanganate, sublimé). Ce procédé peut donner des résultats, mais le travail aux ciseaux étant toujours plus incomplet que celui de la curette, expose aux récidives et retarde la guérison. Cette guérison, par notre procédé a été obtenue chez certains ulcéreux en quinze et vingt jours ; d'autres, les plus graves, ont mis trois mois, mais il s'agissait chez ces derniers malades de lésions articulaires ou tendineuses où le travail de réparation est toujours lent. Jamais nous n'avons eu à faire d'autoplastie ou d'opération secondaire.

Un deuxième curetage, quelquefois un troisième s'est imposé chez quelques-uns de nos malades indociles qui réinfectaient eux-mêmes leurs plaies (les Sénégalais défaisant très facilement leur pansement).

CONCLUSION.— L'ulcère phagédénique des pays chauds est une fuso-spirillose cutanée, à ulcérations géométriques, creusant les tissus en cupule, donnant du sphacèle à odeur cadavérique, provoquant une positivité passagère du Wassermann et guérissant facilement et sans complication par un curetage méthodique et un enfumage iodé quotidien.

L'URTICAIRE ANAPHYLACTIQUE

Par le D^r GILBERT PIGNET, de Toulon.

Les travaux d'Arthus, de Th. Smith, de Widal, etc., ont démontré la nature anaphylactique de la plupart des urticaires, mais il n'en reste pas moins que la pathogénie de l'urticaire anaphylactique demeure encore obscure par plusieurs de ses côtés. Le cas suivant, que j'ai pu observer minutieusement, en est la preuve manifeste.

J'ai appliqué en septembre et octobre dernier le traitement par le manganate calcico-potassique chez un tuberculeux; j'avais déjà pratiqué 15 injections intraveineuses de bactioxine à mon malade, à raison de deux par semaine, sans qu'il témoignât la moindre réaction. Les quatre premières injections de la seconde série, c'est-à-dire jusqu'à la 19^e, furent suivies de petites crises nitroïdes et d'éruptions urticariennes fugaces, auxquelles je ne prêtai pas beaucoup d'attention, le médicament étant déclaré absolument inoffensif.

Or, à la 20^e injection, il se produisit immédiatement un érythème sur les deux bras et plus développé sur le bras non touché ce jour-là. En quelques secondes apparurent de petites papules porcelainées très prurigineuses et en quelques minutes ces papules, développées et agglomérées, formaient sur chaque bras une seule plaque urticarienne absolument caractéristique. En même temps se manifestaient quelques symptômes généraux : céphalée, frissons, sueurs, courbature, fièvre.

Il s'agissait, à n'en pas douter, de troubles anaphylactiques, caractérisés par des phénomènes vasculo-sanguins, sous forme de crise hémoclasique et reliés évidemment aux petites crises nitroïdes observées précédemment.

En 48 heures tous les phénomènes réactifs avaient disparu, mais j'abandonnais pour quelque temps cette médication pour laquelle l'organisme de mon malade se montrait nettement intolérant.

Après un repos de trois mois, j'ai voulu reprendre la médication; or, à la première injection, et malgré l'absorption préalable de 1 milligr. d'adrénaline, l'urticaire s'est reproduite, mais dans de certaines conditions que je tiens à décrire en détail, parce qu'extrêmement curieuses.

L'injection intraveineuse de bactioxyné a été faite dans le bras droit; immédiatement le malade a ressenti une sensation de brûlure et de picotement sur le bras gauche, que j'ai tout de suite découvert et sur lequel j'ai pu suivre pendant une demi-heure l'évolution de l'éruption.

Tout d'abord deux plaques érythémateuses isolées se sont produites sur les deux veines, céphalique et basilique, du bras gauche, à l'endroit même où j'avais pratiqué les piqûres des séries précédentes. Puis, peu à peu, sont apparues, toujours exactement au niveau de ces mêmes piqûres, quelques papules d'urticaire, minuscules, qui se sont multipliées rapidement. Au bout de cinq minutes l'éruption présentait la topographie suivante: elle avait pris sur chaque veine une disposition en fuseau, dont le renflement, bourré de petites papules, correspondait au siège même des piqûres; les pointes des fuseaux suivaient, dans le haut et le bas, la direction des deux veines.

Puis, insensiblement, les papules des fuseaux se sont agglomérées, les fuseaux eux-mêmes se sont élargis, déformés et, dix minutes après, l'éruption n'offrait plus qu'une seule plaque urticarienne, très volumineuse, qui s'étendait sur toute la face antérieure de l'avant-bras, du pli du coude à quelques centimètres du poignet. Dure, élastique, porcelainée, elle offrait bien tous les caractères de la plaque d'urticaire, avec sensation de chaleur, de prurit, etc. A noter qu'il ne s'était produit aucune papule sur deux coups d'ongle que j'avais faits à dessein sur une région voisine des fuseaux. A noter encore qu'aucune réaction locale ne s'est manifestée sur le bras droit et que quelques symptômes généraux, malaise, frissons, pâleur, ont obligé le malade à prendre la position allongée pendant une demi-heure.

Le problème anaphylactique se complique donc de phénomènes secondaires difficiles à interpréter.

D'abord, pourquoi cette médication, très bien supportée dans les premières séries, jusqu'à la 16^e piqûre, où s'étaient manifestés les premiers symptômes d'intolérance, a-t-elle provoqué à la reprise du traitement, trois mois après et à la première piqûre,

le retour de ces mêmes phénomènes anaphylactiques ? L'organisme, qui a laissé dans les premières séries accumuler le produit de 15 à 20 injections sans réagir, n'a-t-il rien éliminé pendant trois mois et est-il resté saturé au point de ne pouvoir supporter une nouvelle injection, malgré un long repos ? Ou bien faut-il supposer que ce même organisme a été sensibilisé à la 15^e ou 16^e injection, qu'il demeure sensibilisé et qu'il restera à jamais intolérant à la médication mangano-calcico-potassique ?

Mais encore, pourquoi cette éruption localisée au bras gauche, alors que le bras droit injecté ne réagit pas ? Pourquoi cette localisation primitive de l'éruption urticarienne à l'endroit même des anciennes piqûres ? Pourquoi enfin cette disposition primitive de la plaque éruptive en fuseau le long des veines injectées, avec renflement, c'est-à-dire avec maximum de réaction, au niveau des piqûres ? Cette disposition de l'éruption nous permettrait de supposer que les veines jadis injectées sont restées imprégnées par le produit médicamenteux et que leurs parois sont d'autant plus imprégnées qu'elles sont plus proches du siège des piqûres : par un phénomène analogue à celui du magnétisme, les réactions cutanées ou plutôt vasculo-cutanées, s'orienteraient parallèlement à cette imprégnation. Cette hypothèse expliquerait, ou pourrait expliquer, la localisation de l'éruption au niveau des veines précédemment injectées.

Mais alors il resterait encore à rechercher pourquoi la réaction veineuse locale a épargné le bras injecté ce jour-là, car il n'y a pas là une simple question de coïncidence.

Quoi qu'il en soit, et malgré toutes les hypothèses que nous pouvons formuler sur la question de l'anaphylaxie, le problème anaphylactique demeure encore obscur sur bien des points et ne nous paraît pas près d'être résolu.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Leucémies.

Relation pathogénique entre les leucémies et certaines dermopathies,
par L. BETANCES, *Homatologica. Arch. ital. di ematolog. serologia*,
avril 1920.

B. nous rappelle d'abord les théories actuelles de l'hématopoïèse. La théorie dualiste compte de moins en moins de partisans. On admet généralement que toutes les cellules sanguines proviennent pendant la vie embryonnaire d'un même tissu originel, réparti dans tout l'organisme. Après la naissance, ce tissu ne forme plus de cellules sanguines que dans la moelle osseuse, où il produit la série myélogène ; et dans les organes lymphoïdes, où il produit la série lymphogène. Mais sous certaines influences l'activité de ce tissu peut, dans les organes de l'hématopoïèse, s'exalter, se retrouver au complet, ou enfin revenir au type primordial indifférencié ; elle peut même renaître dans le tissu conjonctif, où se formeront dès lors des cellules sanguines, primordiales ou adultes.

B. en s'appuyant sur plusieurs observations avec examen du sang et étude histologique des organes, nous dit ensuite qu'on retrouve toujours dans la dermatite exfoliative généralisée, le pityriasis rubra, la dermatite de Vidal, la dermatite polymorphe, le mycosis, la lymphosarcomatose, le chlorome, la myélomatose, l'adénie de Trousseau, la maladie de Hodgkin, la lymphodermie de Keposi, la lymphogranulomatose, la leucanémie, la leucosarcomatose, la preuve de cette reviviscence sur l'un ou l'autre de ses modes. Il en conclut que les affections décrites sous ces différents noms sont des maladies de l'hématopoïèse. Le trouble de la formation sanguine est à la base ; les manifestations cutanées ne sont que des accidents correspondant à la reviviscence dans le tégument du tissu hématopoiétique originel. Le passage dans le sang des produits de cette prolifération pathologique n'est de même qu'un phénomène accessoire et secondaire. Le terme de leucémie, par lequel on l'a désigné, ne peut constituer le nom d'une maladie. La conception de Sternberg, qui voit dans la présence de cellules atypiques la preuve d'un processus sarcomateux ne saurait non plus être maintenue : cette atypie est seulement la conséquence du retour au type hématopoiétique originel. Il ne peut être non plus question de métastase, c'est-à-dire de greffes d'un tissu nouveau qui se développe dans d'autres tissus ; il s'agit seulement d'un réveil d'un tissu préexistant, dont l'activité recommence. Il n'est donc pas possible de considérer aucune de ces néoformations comme une tumeur maligne.

B. termine par l'énumération des différentes formules hémocytologiques qui peuvent correspondre aux dermatoses envisagées par lui comme des maladies de l'hématopoïèse.

A. CIVATTE.

Lichen plan.

Des troubles généraux, et en particulier des altérations sanguines au cours du lichen plan (Über das Vorkommen von Allgemeinerscheinungen, insbesondere Blutveränderungen, bei Lichen ruber planus), par B. PONTOPPIDAN, *Dermatologische Zeitschrift*, 1917, t. XXIV, p. 341.

P. résume les nombreuses altérations de l'état général qui ont été signalées antérieurement au cours du lichen plan : céphalée, insomnie, douleurs abdominales, adénite, anorexie, etc. Souvent aussi, on a déjà signalé des anomalies du sang. Sur 25 cas, P. a lui-même vu 4 fois des adénites. Les globules rouges lui ont toujours paru normaux ; les globules blancs tantôt normaux en nombre, tantôt diminués, tantôt augmentés. Cependant, le plus souvent, il y avait augmentation et une certaine lymphocytose.

CH. AUDRY.

Lupus érythémateux.

Sur le traitement du lupus érythémateux (Zur Behandlung des Lupus erythematodes), par W. KIENDI, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 21, p. 321.

Fille de 18 ans, atteinte de lupus érythémateux discoïde étendu à la totalité de la face et ayant débuté un an auparavant.

Réaction locale et générale à la tuberculine positive, 17 jours après la dernière inoculation (méthode de Ponndorff) et après 3 jours de quinine, poussée bulleuse violente et persistante sur la tête ; accidents pulmonaires ; fièvre, albuminurie, et mort ; à l'autopsie, broncho-pneumonie et néphrite aiguë.

K. rappelle à ce propos les discussions relatives à la nature tuberculeuse du lupus érythémateux, principalement en ce qui touche la réaction à la tuberculine qui est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait. Saphier a vu réagir 9 cas sur 11. Hoffmann a constaté une poussée aiguë suivie ultérieurement de guérison, sous l'influence de la tuberculine. Dans un autre cas, celui-ci provoqua une aggravation réactionnelle manifeste.

Dans quelques cas, la quinine même a été mal supportée : Robbi a publié une observation de poussée aiguë mortelle.

CH. AUDRY.

Prurigo nodulaire.

Prurigo nodulaire (Hyde) (*Prurigo nodularis*) (Hyde), par C. RASCH, *Archiv. fur Dermatologie und Syphilis*, 1916, t. CXXIII, p. 764.

Il s'agit de la maladie anciennement désignée en France par Laillier, par Brocq (lichen corné obtusus), en Allemagne par Pick, par Fabry etc., sous le nom d'urticaria perstans, par Hyde sous le nom de prurigo nodularis qui a paru le meilleur à R.

Il s'agit d'une femme de 44 ans, malade depuis huit ans, qui souffre d'un prurit violent accompagné d'éléments éruptifs papuleux et nodulaires sur les bras, les jambes, les cuisses, les fesses.

L'examen histologique est remarquable surtout par la constatation d'infiltrats péri-nerveux.

CH. AUDRY.

Psoriasis.

Un cas de psoriasis vulgaire généralisé avec aménorrhée, guéri par l'opothérapie ovarienne (Un caso di psoriasi volgare generalizzata con amenorrea, guarito con il trattamento opoterapico (ovarina), par G. VERROTTI, *Riforma Medica*, XXXVI^e année, n° 13.

L'aménorrhée avait précédé de peu l'apparition du psoriasis et dura, comme lui pendant cinq ans. L'opothérapie supprima en un mois les deux phénomènes.

PELLIER.

Évolution d'une dermatose (1909-1915) commençant comme un psoriasis vulgaire et après une phase intermédiaire d'eczéma terminée sous deux formes cliniques, se succédant à courte distance : psoriasis rupioïde et pemphigus foliacé (Evoluzione di una dermatosi (1909-1915) iniziata come psoriasi volgare, e, dopo una fase intermedia di eczema, terminata sotto due forme cliniche, succedutesi a breve distanza l'una dall'altra : psoriasi rupioïde e pemfigo foliaceo-isto-patogenesi della psoriasi rupioïde-alterazioni istologiche della glandola pituitaria), par G. VERROTTI, *la Medicina pratica*, 5^e année, fascicule I.

Dans le lobe antérieur de la pituitaire on notait une altération des cellules à granulations basophiles et un excès de cellules acido-philés.

PELLIER.

Purpura annulaire.

Un cas de Purpura annularis telangiectodes limité à la zone sous-ombilicale de la paroi abdominale, coexistant avec un fibrome utérin. Guérison après hystérectomie (Un caso di Purpura annularis telangiectodes limitata alla zona sotto-ombelicale della parete anteriore dell'addome, concomitante con mio-fibroma multiple utérin-istero-annessiectomia sopravaginale-guarigione della dermatosi), par G. VERROTTI, *Riforma Medica*, XXXVI^e année, n° 6.

Le cas de V. est curieux par sa localisation. Si on admet l'origine autotoxique de la dermatose, on doit penser que la tumeur utérine a déterminé par compression une modification soit trophoneurotique soit vaso-motrice et a ainsi créé pour la région abdominale une prédisposition à la localisation de l'élément toxique.

PELLIER.

Radiothérapie.

Traitement radiothérapique de la barbe chez les femmes (Die Entwicklung und der heutige Stand der Röntgenbehandlung des Frauenbarts) par F. MEYER. *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXIX, p. 334.

La première partie du travail comporte le résumé des travaux antérieurs sur la question.

Présentement, M. partage la face à épiler en 6 ou 8 champs et donne à chacun de ses champs 3 « Volldosen » (510 F. d'après Furstman) d'une irradiation filtrée par 4 millimètres d'aluminium.

Au bout de 25 jours, la chute du poils est à peu près complète. Il répète une application égale six semaines, et une troisième fois huit semaines après la seconde.

Cette manière de faire provoque d'ailleurs au bout de quelques heures de la rougeur de la peau et de la muqueuse, de la sécheresse de la bouche, de la diminution de la salive et de l'appétit, parfois des céphalées, etc.

CH. AUDRY.

Télangiectasies.

Télangiectasie héréditaire hémorragique (Osler) (Telangiectasia hereditaria hemorrhagica) (Osler), par S. GYESSING, *Dermatologische Zeitschrift*, 1916, t. XXIII, p. 193.

G. donne l'obs. de 3 malades d'une même famille (le père, le fils, la fille) présentant ce syndrome caractérisé par l'hérédité, l'apparition éruptive des télangiectasies, la limitation de ces dernières à la face et aux muqueuses, les hémorragies spontanées ou traumatiques.

Cette famille est la 19^e dont l'observation ait été publiée depuis le premier cas dû à Babington en 1865 et qu'Osler a étudiée et qu'il a dénommée. Il existe 3 observations de ce syndrome recueillies en dehors de toute influence héréditaire.

La maladie n'a pas encore été signalée hors de l'Amérique, de l'Angleterre, de la France; sauf cependant les cas de l'auteur qui est danois, et ceux de Chiari (Vienne) (à lire dans l'original).

CH. AUDRY.

Thérapeutique.

Des résultats obtenus par le traitement interne intensif de quelques dermatoses, par F. CLÉMENT, *Marseille Médical*, n° 18, 15 septembre 1920, p. 914.

Reprenant les recherches de Ravaut sur l'emploi des hautes doses de cacodylate de soude en injections intraveineuses dans le traitement de dermatoses diverses, l'auteur insiste surtout sur les résultats obtenus dans le traitement de l'eczéma; par l'emploi de doses élevées de un à quatre grammes par injection, il a obtenu presque toujours des améliorations et même des guérisons.

Il a essayé également l'hyposulfate de soude, mais sans grands résultats, sauf dans un cas d'ictère arsenical, mais il ne l'a employé que par voie buccale.

Il rapporte quelques observations intéressantes de psoriasis traité par le soufre colloïdal.

Chez presque tous ces malades, c'est après l'échec des traitements externes que fut tentée cette médication exclusivement interne.

P. RAVAUT.

Trichophytie.

Sur l'action thérapeutique d'une préparation obtenue par la digestion de cultures trichophytiques (Joannovics) (Ueber die therapeutische Wirksamkeit eines durch Verdauung von Trichophyton Culturen gewonnenen Präparates) (Joannovics), par H. Fuchs, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1920, n° 30, p. 653.

F. commence par rappeler l'existence et l'action des nombreuses « trichophytines » extraites de cultures par différents procédés.

La trichophytine de Joannovics, préparée par digestion de cultures, a donné à F. des résultats supérieurs dans le traitement des trichophyties profondes, des sycosis inflammatoires et infiltrés. On l'emploie en injections sous-cutanées de 0,02-0,05 c. cubes répétées tous les trois jours. Il faut à peu près un mois pour obtenir la guérison. Cette préparation présente avec les autres cette différence qu'elle ne provoque pas de réaction inflammatoire au niveau des lésions sycosiques.

CH. AUDRY.

Zona.

Zona ophtalmique et zona oculaire, par Et. ROLLET. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 7, 20 avril 1920.

Revue générale. L'auteur fait remarquer que les lésions de l'œil et de ses annexes ne sont pas des complications, car certaines sont constantes. Le terme de zona oculaire leur paraît applicable.

JEAN LACASSAGNE.

NOUVELLES

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES

Un cours pratique et complet de *DERMATOLOGIE* sous la direction de M. le professeur Jeanselme, et avec la collaboration de MM. Sebileau, Thibierge, Darier, Hudelo, Milian, Gougerot, Louste, Coutela, Hautant, Sabouraud, Bizard, Noiré, Rubens-Duval, Touraine, P. Chevallier, Burnier, Marcel Bloch, Giraudeau, Pomaret, Civatte, Ferrand, aura lieu du vendredi 8 avril au samedi 28 mai 1921, tous les jours excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi à 1 h. 30 et à 3 h. à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée, à l'amphithéâtre de la clinique, à la polyclinique ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire et de thérapeutique (examens bactériologiques; biopsies; culture des mycoses et des teignes, etc.; radiothérapie; radiumthérapie; photothérapie; électrolyse; haute fréquence; neige carbonique; scarifications; frotte, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages est ouvert de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Programme des cours (73 leçons) : Examen des malades et classifications dermatologiques, M. Jeanselme. — Histologie normale et pathologique de la peau, M. Civatte. — Méthodes de laboratoire en dermatologie, M. Marcel Bloch. — Dermatoses artificielles de cause externe, M. Thibierge. — Dermatoses artificielles de cause interne, M. Touraine. — Gale, M. Milian. — Phtiriasis et affections parasitaires, M. Chevallier. — Folliculites. Sycosis microbiens, M. Touraine. — Furoncle, Anthrax, Botryomycose, M. Touraine. — Impetigo, Ectyma, M. Chevallier. — Vaccinothérapie, M. Noiré. — Tuberculose cutanée, M. Gougerot. — Lupus tuberculeux, M. Touraine. — Traitement locaux du lupus, M. Touraine. — Finsentherapie, M. Bizard. — Lupus érythémateux, M. Touraine. — Tuberculides. Sarcoides, M. Gougerot. — Érythème induré de Bazin. Érythème permio, M. Burnier. — Traitements généraux de la tuberculose, M. Gougerot. — Chéloïdes, M. Milian. — Radiothérapie. Neige carbonique. Air chaud, M. Giraudeau. Mycoses, M. Gougerot. — Teignes, M. Sabouraud. — Traitement des teignes, M. Noiré. — Morve. Charbon, M. Marcel Bloch. — Radium. M. Rubens Duval. — Pharmacologie dermatologique, M. Pomaret. — Dermatologie exotique, M. Jeanselme. — Simulation. Accidents du travail, M. Thibierge. — Traitement hydrominéral, M. N... — Érythème polymorphe. Pellagre, M. Louste. — Purpura, M. Chevallier. Erysipèle, M. Marcel Bloch. — Mélanodermies, M. Sézary. — Urticaire. Urticaire pigmentaire, M. Touraine. — Xanthelasma. Xanthome, M. Louste. — Lichen plan, M. Burnier. — Psoriasis, M. Hudelo. — Dyshydroses. Hyperhidroses, M. Chevallier. — Eczéma. Formes cliniques, M. Chevallier. — Eczéma. Traitement, M. Burnier. — Eczéma. Réaction de défense, M. Gougerot. — Dermo-sépidermite microbiennes, M. Gougerot. — Complication des plaies, M. Gougerot. — Prurit. Prurigo. Strophulus. Lichénification, M. Hudelo. — Séborrhée. Alopecies. Pelade, M. Sabouraud. — Hypertrichoses. Electrolyse, M. Chevallier. — Acné. Couperose, M. Chevallier. — Dermatoses psoriasiformes, M. Burnier. — Eczématides, M. Burnier. — Pityriasis rosé, M. Burnier. — Herpès-zona, M. Burnier. — Pemphigus, M. Hudelo. — Maladie de Dühring, M. Hudelo. — Ichtyoses, M. Chevallier. — Kératoses palmo-plantaires, M. Louste. — Dermatitis exfoliantes, M. Touraine. — Érythèmes scarlatiniformes, M. Touraine. — Pityriasis rubra pilaire, M. Hudelo. — Sclérodémie. Maladie de Raynaud, M. Louste. — Ulcères de jambes. Éléphantiasis, M. Marcel Bloch. — Vitiligo. Dischromies, M. Touraine. — Tumeurs de la peau. Nœvi, M. Ferrand. — Mycosis fongoïde, M. Louste. — Maladie de Recklinghausen, M. Marcel Bloch.

Deux concours semblables ont lieu chaque année en avril, mai, juin et en octobre, novembre, décembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 150 francs. Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, M. Marcel Bloch).

Le Gérant : F. AMIRAULT.

